Rok XLI. Kraków 29 Listopada 1902. Nr. 48.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznej prof. Marsa we Lwowie.

Nowy wziernik do celów położniczych.

Podał

Dr. Rudolf Brejter

asystent kliniki.

W klinice lwowskiej od dawna już jest używany sposób wykonywania operacyj położniczych instrumentalnych pod kontrolą wzroku, tj. przy pomocy odpowiednich, do tego celu służących szerokich wzierników łyżkowych. Jakkolwiek z jednej strony postępowanie takie wymaga koniecznej pomocy, co zbyt często jest wprost niemożliwem w praktyce prywatnej, zwlaszcza w miejscowościach mniejszych, tak znowu z drugiej strony daje nam ono znacznie większą rękojmię co do czystości w wykonywaniu zabiegów operacyjnych, jak np. wymóżdżenia, kawałkowania płodu lub torakotomii. Sposób zatem operowania we wziernikach może mieć swoje zastosowanie przeważnie w klinikach, szpitalach, zakładach położniczych i w małej liczbie przypadków w praktyce prywatnej, gdzie nie brak odpowiedniej pomocy. Wzierniki, używane do celów położniczych, są znacznie szersze od zwykłych. Pomijając ich opisy, zaznaczam, iż wzierniki te, czy to rynienkowe, czy też płaskie, zwane powszechnie wziernikami Martina, które Bumm zaleca w najnowszym swym podręczniku, nie odpowiadają w zupełności celowi. Wystarczają one dostatecznie do odsłonięcia górnego odcinka pochwy lub części pochwowej, atoli do zabiegów operacyjnych, do odsłonięcia części przodującej płodu, są stanowczo niedostateczne. Kto miał sposobność operowania w ten sposób, musiał przyjść do przekonania, iż pomimo najlepszej pomocy, nie udaje się nam zbyt często odsłonić w zupełności pola operacyjnego, względnie części przodującej płodu. Powodem tego jest zbyt silne rozpulchnienie i nadmierna rozciągłość ścian pochwy, które po założeniu i rozciągnięciu wziernika wyśliżgują się z pod jego brzegów, a wypuklając się, zasłaniają pole operacyjne. Obraz zatem, jaki otrzymujemy we wzierniku, przedstawia się w kształcie dwóch grubych wałów poprzecznie przebiegających, składających się z górnego odcinka pochwy, lub też, jak to się często zdarza, z silnie obrzękłych brzegów ujścia macicy. Wprowadzając zaś przyrządy, np. przy wykonywaniu wymóżdżenia zapomocą szczypczyków Museuxa, metodą francuską, cała nasza uwaga musi być skierowaną na to, by gdzieś nie zachwycić wypuklającej się błony śluzowej. Wziernik zaś, niżej przedstawiony, wszystkie te niedogodności z łatwością usuwa, skracając przez to znacznie czas operacyi. Składa się z dwóch łyżek: przedniej i tylnej. Różnicy co do kształtu łyżek niema; jest tylko co do wielkości, względnie szerokości: przednia łyżka bowiem jest niespełna o 2 ctm. węższą. Łyżka pojedyncza, względnie tylna, składa się, jak na rysunku uwidocznione, ze zwykłego wziernika rynienkowe o szerokości 8 ctm., na końcu którego dodane jest listewkowatego przedłużenie około 5 ctm. długie i 5 ctm. szerokie, znacznie mniej wygięte niż sam wziernik. Długość łyżki, mierzona od spodu, wynosi $13^{1}/_{2}$ ctm.



Przy zakładaniu wziernika listewkę tę wprowadzamy do szyi macicy, względnie pomiędzy jej ścianę a część przodującą płodu, rozszerzając zaś łyżki spychamy ku tyłowi i ku przodowi obrzękłe i rozpulchnione brzegi ujścia i odsłaniamy w zupełności pole operacyjne; a osłaniając należycie części miękkie matki, osiągamy wielką swobodę i pewność w operowaniu. Pożytek z zastosowania tego wziernika możemy najlepiej osądzić przy wykonywaniu wymóżdżenia.

Wziernik ten daje nam również możność subtelniejszego postępowania bezgnilnego przy tamponadzie macicy. Sciągnąwszy obwisłe brzegi ujścia macicy jak najniżej ku dołowi, zakładamy na tylną wargę łyżkę węższą, przednią zaś przytrzymujemy palcami, następnie wprowadzamy gazę po wzierniku wprost do jamy macicy, unikając w ten sposób zawijania się tylnej wargi przy wprowadzaniu gazy ku górze i prawie nie dającego się uniknąć przypadkowego dotykania się brzegów sromu lub pochwy. Wprowadzając gazę po wzierniku, mamy również możność szczelniejszego i szybszego wytamponowania macicy skutkiem nieporównanie łatwiejszego przystępu do jej jamy.

Wypróbowawszy ten wziernik w pewnej liczbie przypadków w klinice prof. Marsa, przyszedłem do przekonania, iż może on oddać w wielu razach wielkie przysługi; polecam go przeto szerszemu ogółowi lekarzy z nadmienieniem, iż wyrabia go pracownia narzędzi chirurgicznych Georgeona i Trepczyńskiego we Lwowie.

II. Obecny stan nauki o t. zw. „tuberkulidach skóry“.

Studyum krytyczne oraz przyczynek do kazuistyki: *„folliclis“.*

Podał
Dr. Zygmunt Steuermark
kierownik oddz. dermatologicznego szpitala izr. w Krakowie.

(Dokończenie).

Kończąc rzecz o *folliclis,* nie mogę pominąć milczeniem, że wielu dermatologów wyłącza z tej postaci chorobowej postać kliniczną, opisaną przez Barthèlemyego pod nazwą: *acnitis.* Autor ten pod tą nazwą opisał *(De l'acnitis ou d'une forme speciale des folliculites et perifolliculites generalisées et disseminées.* Annales de dermatologie et syphiligraphie, 1891) chorobę skórną, cechującą się guzkami drobnymi, rozwijającymi się pierwotnie w tkance podskórnej, podczas gdy guzki *folliclis* są śródskórne od samego początku. Guzki te, w miarę jak rosną, wznoszą się ponad poziom skóry, która staje się czerwoną, wreszcie na szczycie ich wytwarza się krostka, po pęknięciu której sączy się przez kilkanaście dni wydzielina surowiczokrwawa. Wreszcie skutkiem zaschnięcia tej wydzieliny wytwarza się strupek, po opadnięciu którego pozostaje plama barwikowa lub blizna. Cały rozwój pojedynczego guzka aż do wytworzenia się blizny trwa około miesiąca. Guzki te są zupełnie niebolesne, rozwijają się głównie na twarzy, rzadziej na owłosionej części głowy, tułowiu i kończynach. Zwykle ilość pojedynczych wykwitów skórnych jest bardzo znaczna. Barthèlemy np. spostrzegał u jednego osobnika około 180 guzków na samej twarzy. Pojedyncze wybuchy tej wysypki występowały zwykle nagle co kilka tygodni i trwały kilka miesięcy. Wielu dermatologów uważa postać tę za identyczną z *folliclis*, jakkolwiek niektóre cechy kliniczne i anatomiczne zdawałyby się przemawiać za tem, że mamy tutaj do czynienia z odmiennym typem chorobowym.

Przechodzę obecnie do opisu innych chorób z gromady tuberkulidów, a na tem miejscu pozwolę sobie przedewszystkiem opisać liszaj zołzowy *(lichen scrophulosorum)*, chorobę klinicznie dokładnie znaną, której związek z gruźlicą jest uznany powszechnie. I tak Neisser i Jadassohn spostrzegali wybitny odczyn miejscowy dookoła guzków po wstrzyknięciu tuberkuliny, znane są wreszcie fakta, że wielokrotnie znajdowano w guzkach twory olbrzymie, a Jacobi wykrył w jednym przypadku w guzkach prątek Kocha. Hallopeau, opierając się głównie na wymienionych właśnie pracach Schweningera i Buzzi, przyjmuje, że toksyny gruźlicze, wydzielając się przez skórę, wywołują odczyn dookoła torebek włosowych pod postacią guzków o cechach klinicznych liszaja zołzowego. Jadassohn, opierając się na pracach Haushaltera, (szczepienia na zwierzętach z wynikiem dodatnim), oraz Pelizzariego, który znajdował prątki Kocha w guzkach, uważa raczej liszaj zołzowy za *tuberculoderma miliare*, czyli za dobrotliwą postać prosówkowej gruźlicy skóry, aniżeli za *toxicodermia.* Nadzwyczaj pouczające w tym kierunku są doświadczenia prof. Łukasiewicza, który w 43 przypadkach liszaja zołzowego ani razu nie znalazł prątka Kocha, jak również, co zresztą jest ważniejsze, wszystkie próby przeszczepienia na zwierzęta, które w dziewięciu przypadkach przeprowadził, dały wynik ujemny. Również spostrzeżenia kliniczne zdawałyby się przemawiać przeciwko uważaniu liszaja zołzowego za postać prawdziwej gruźlicy skóry, a mianowicie sprzeciwiałaby się temy dobrotliwość choroby, oraz przedewszystkiem skłonność do samoistnego przeobrażenia wstecznego; wprawdzie i w innych postaciach gruźlicy to samoistne przeobrażenie wsteczne jest możliwe, ale następuje dopiero po wielu latach trwania, przyczem częstokroć wytwarzają się rozległe blizny, jako następstwo rozpadu tkanki, którego nigdy w przebiegu liszaja zołzowego nie spostrzegano.

Liszaj zołzowy makroskopowo przedstawia się pod postacią małych guzków wielkości główki od szpilki, barwy żółto-różowej, na szczycie których sterczy guzek rogowy; przez środek guzka przechodzi włos, który często u podstawy odłamuje się i pozostaje tylko t. zw. „point noir“; na szczycie guzka tworzą komórki zrogowaciałe pochewkę dla włosa, skutkiem czego ujścia torebek włosowych wystają nieco ponad poziom skóry, czyniąc przy dotknięciu wrażenie tarła.

Badanie mikroskopowe wykrywa naciek drobnokomórkowy, obejmujący manszetowato gruczoły łojowe w okolicy ich szyi; wyjątkowo pośród nacieku znajdowano twory olbrzymie.

Mówiąc o liszaju zołzowym, pragnę poruszyć sprawę trzeciej choroby z gromady tuberkulidów, mianowicie wyprysk zołzowy *(Eczema scrophulosorum Boeck).* Choroba ta usadawia się na miejscach, na których spostrzegamy zwykle liszaj zołzowy, t. j. na przedniej i tylnej powierzchni tułowia, zewnętrznej powierzchni ramion, zewnętrznej i przedniej powierzchni kończyn dolnych, wreszcie na owłosionej części głowy; jest to wysypka często powracająca, symetrycznie ułożona, słabo tylko swędząca; cechuje się obecnością plam różowych lub żółto-różowych, łuszczących się; wyjątkowo tylko przychodzi do sączenia i wytworzenia strupów. Jadassohn nie uznaje osobnej formy: *eczema scrophulosorum,* wywołanej bezpośrednio lub pośrednio działaniem prątka Kocha, lecz uważa formy te za *lichen scrophulosorum* bez wytworzenia się charakterystycznych guzków.

Czwarta choroba z rzędu tuberkulidów: rumień połączony ze stwardnieniem *(erythema induratum Bazin)* polega na tworzeniu się dużych, twardych guzów barwy sino-czerwonej, podobnych do guzów rumienia węzłowatego *(erythema nodosum)*, usadowionych głęboko w skórze na kończynach dolnych; częstokroć skutkiem rozpadu tych guzów przychodzi do wytworzenia się głębokich wrzodów; choroba ta występuje często u dziewcząt zołzowatych, które przez zawód swój zmuszone są do długiego stania. Nieliczne badania anatomiczne, jakie dotychczas przeprowadzono nie wykazały zmian typowych dla gruźlicy.

Jadassohn spostrzegał przypadek, w którym liszaj zołzowy na kończynach dolnych i brzuchu oraz guzy rumienia *(erythema Bazin)* na podudziach okazywały wybitny odczyn po wstrzyknięciu tuberkuliny.

W ostatnim czasie Thibierge w jednym przypadku, w którym przyszło do owrzodzeń, otrzymał wynik dodatni przy przeszczepianiu rozpadłych guzów na królika, Johnston zaś opisał przypadek, w którym rumień *(erythema Bazin)* wystąpiła u osobnika z typową *folliclis.*

Piąta choroba z gromady tuberkulidów: zgorzel charłacza dzieci *(gangraena cachectica infantum Oscar Simon,*

Ecthyma terebrant de l'enfance francuskich autorów) występuje u dzieci gruźliczych równocześnie z liszajem zołzowym. Jest to sprawa sporna, czy wogóle chorobę tę można zaliczyć do tuberkulidów, podobnie jak i łupież czerwony *(pityriasis rubra Hebrae);* jedynie spostrzeżenia kliniczne zdawałyby się za tem przemawiać.

Przechodzę obecnie do sprawy tocznia rumienistego *(lupus erythematodes).* Kaposi dzieli tę postać chorobową na 2 formy: *L. e. discoides i disseminatus* (forma ostra). Poruszę tutaj tylko niektóre szczegóły, które przemawiają za związkiem tej dermatozy z gruźlicą, nie kusząc się o rozstrzygnięcie samej sprawy, gdyż kwestya ta należy do przyszłości. Według statystyki Boecka na 42 przypadki, które autor ten zebrał, w 28 były wybitne objawy zołzowo-gruźlicze; jeżeli uwzględnimy w dodatku, że gruźlica często występuje jako gruźlica utajona, to odsetek, w którym niedało się wykazać wprost gruźlicy, jeszcze bardziej zmaleje. W tym kierunku pouczający w wysokim stopniu jest przypadek, opisany przez angielskiego dermatologa Fordycea; autor ten opisuje tocznia rumienistego *(lupus erythematodes discoides)* u kobiety, która z objawami zatrucia żółcią (cholemii) w śpiączce *in ultimis* przyniesioną została do szpitala. Sekcya tej chorej wykazała najzupełniej prawidłowy stan płuc i opłucnej, gruczołów pozaoskrzelowych, krezkowych i pozaotrzewnowych, natomiast wyraźne zmiany gruźlicze w obydwóch nerkach.

W ostatnich czasach zebral Roth *(Ueber die Beziehungen des Lupus erythematodes zur Tuberculose Arch. f. Derm. u. Syphilis 1900 t. LI)* 250 przypadków tocznia rumienistego *(lupus erythematodes),* z których w 185 znalazł najróżnorodniejsze postacie gruźlicy. Roth przyjmuje również teoryę toksyn, jako przyczynę tej dermatozy w przeciwieństwie do innych autorów niemieckich, którzy przeważnie związku z gruźlicą nie uznają i uważają toczeń rumienisty za chorobę *sui generis.* Hallopeau, Jeanselme i Leredde ogłosili dwa przypadki tocznia rumienistego twarzy z równoczesnemi zmianami gruźliczemi w zakresie gruczołów szyjnych; zserowaciałe te gruczoły zawierały mnóstwo prątków Kocha; pomimo jednak ich obecności w gruczołach szczepienia zapomocą tkanki tocznia rumienistego wypadły ujemnie. Audry *(Lesions histologiques tuberculeuses dans un lupus erythemateux. Soc. de dermat. et syphil.. 1897)* znalazł w trzech przypadkach pośród ognisk tocznia rumienistego typowe gruźlicze zmiany anatomiczne z tworami olbrzymimi. Równocześnie pomimo wielkiej ilości preparatów w żadnym z nich prątków Kocha nie znalazł. Zarzucano temu autorowi, że były to przypadki mięszane t. zw. *lupus erythemato-tuberculeux de Leloir.* Kaposi otrzymał w kilku przypadkach odczyn po zastrzyknięciu tuberkuliny, czego inni autorowie nie spostrzegali. Doświadczenia na zwierzętach pomimo licznych prób pozostały dotychczas bez wyniku dodatniego.

Wspomnę wreszcie dla ścisłości, że Hallopeau przypuszczał, o czem już wyżej mówiłem, że mamy tutaj prawdopodobnie do czynienia z gruźlicą rzekomą, wywołaną przez drobnoustroje odmienne od prątka Kocha, *(une forme microbienne distincte du bacille vulgaire).*

Tęż samą hipotezę odnosił Hallopeau i do *lupus pernio Besnier,* choroby, cechującej się w początkowym okresie twardymi, zbitymi naciekami barwy sinoczerwonej, które w dalszym przebiegu ulegały martwicy i zamieniały się w rozległe owrzodzenia. Tę postać chorobową uważają jedni autorowie za odmianę tocznia pospolitego, inni zaś za toczeń rumienisty.

Na tem kończę rzecz o tuberkulidach skóry, dodając, że dział ten nie jest dotychczas zamknięty; być może, że w przyszłości wiele jeszcze jednostek chorobowych zarówno z dermatologii, jak i innych działów patologii, zaliczy nauka do gromady tuberkulidów w ogólności, a być również może, że wymienione choroby nie wszystkie do działu tego należą; w każdym razie wielką zasługą szkoły dermatologicznej francuskiej jest już ten fakt, że zwróciła ona uwagę badaczy na gromadę chorób skórnych, których związek z gruźlicą zaprzeczyć się nie da, jakkolwiek choroby te nie posiadają cech typowych, patognomonicznych dla gruźlicy; w ten sposób, o ile np. teorya toksyn lub też teorya niejadowitych, względnie osłabionych prątków gruźliczych żywych okaże się w przyszłości słuszną, dzięki genialnym spostrzeżeniom czysto klinicznym uczonych francuskich położony został kamień węgielny dla zupełnie nowego działu patologii, którego dokładne opracowanie, a przedewszystkiem oparcie na ściśle naukowych podstawach, do których w pierwszej linii zaliczamy bakteryologię, histopatologię i chemię, należy niewątpliwie do porzyszłości.

Obok nazwisk dermatologów francuskich, którzy na tem polu przeprowadzili ściśle badania, wymienić należy na pierwszem miejscu nazwisko prof. Caesara Boecka z Chrystyanii, który nawet jeszcze wcześniej, bo już w r. 1880 opisał specyalną formę tocznia rumienistego rozsianego *(lupus erythematodes disseminatus),* którą postawił w zależności od gruźlicy.

Piśmiennictwo. 1) Annales de dermatologie et syphiligraphie, 1893, pag. 885—893, 1896, pag. 520, 1431, 512, 1428 2) Archiv f. Dermatogie u. Syphilis Tom XLII, 1898. prof. Caesar Boeck: «Die Exantheme der Tuberculose» (Tuberculides Darier). 3) Tamże: Hallopeau et Bureau: «Tuberculides acnéi formes et necrotiques», Brocq: «Neue Thatsachen zur Geschichte der Tuberkulide». Thibierge: «Folliculitis disseminata», Du Castel: «Lupus erythematodes des Gesichtes mit psoriasiformer Abschuppung und Folliclis der Hände» 4) Jadassohn: «Ueber die tuberkulösen Erkrankungen der Haut». (Berl. klin. Wochenschrift. 1899 Nr. 45, 46) 5) Delbanco: «Zur Klinik der tuberkulösen Exantheme (Tuberkulide) (Monatshefte f. pract. Dermatologie. 1900 Tom XXXI), 6) Prof Bądzyński, «O współczesnym stanie nauki o prątku gruźliczym i zakażeniu gruźliczem« (Prace sekcyi gruźliczej IX Zjazdu lekarzy i przyrodników w Krakowie). 7) Cornelius Beck i Julius Grósz: «Ueber Lichen scrophulosorum und dessen Beziehungen zu den «Tuberculides cutanées Darier» (Archiv f. Kinderheilkunde. 1902. Tom 34). 8) Leredde: «Les tuberculides» (Semaine medicale 1900). 9) Lenglet: «Lupus vulgaire», oraz «Lupus érythémateux» w Pratique dermatologique (Besnier, Brocq, Jacquet) Tom III. 10) Łukasiewicz: Ueber Lichen scrophulosorum (Arch. f. Derm. u Syph 1894 Tom 26).

III. W sprawie szybkiego rozszerzania szyjki macicznej podczas porodu.

Na podstawie własnych doświadczeń.

Napisał

Dr. Jan Lachs w Krakowie.

(Dokończenie.)

Inne zastosowanie ma balon przy łożysku przodującem. Tu nie zawsze zależy na szybkiem rozwiązaniu, a idzie czasem o to, by przeciągnąć pierwszy okres porodowy. We wszystkich bowiem trzech przypadkach, w których użyliśmy tej metody rozszerzania, mieliśmy do czynienia z rodzącemi, tak bardzo skrwawionemi, że obawiając się następowego krwotoku, staraliśmy się wprost o przedłużenie pierwszego

okresu i dlatego nie odchodząc od rodzącej, nie obciążaliśmy balonu. Tym bowiem sposobem przypuszczaliśmy, że rodząca najszybciej się skrzepi. We wszystkich trzech przypadkach bóle wyparły balon po upływie 2—4 godzin. Ile tu trzeba było czasu do całkowitego rozwarcia ujścia, tego nie możemy oznaczyć. U wszystkich rodzących było ono bowiem po wyparciu balonu już całkowicie rozwarte, a żadna z nich nie utraciła ani kropli krwi przez czas zatrzymania balonu. Po wypadnięciu balonu wykonaliśmy z łatwością obrót na nóżki u wszystkich, a mieliśmy do czynienia z wieloródkami. Z dzieci tylko jedno przyszło na świat żywe, dwoje zaś umarło przed urodzeniem się. Złego wyniku jednak (co do noworodków) nie możemy kłaść na karb metody, ile raczej musimy przypisać go tej okoliczności, żeśmy z powodu złego stanu matek nie chcieli dokonywać ekstrakcyi płodów. lecz pozostawiali dalszy przebieg porodu siłom przyrody. Co się tyczy rodzaju łożysk przodujących, to musimy zauważyć, żeśmy mieli zawsze do czynienia z nizkiem usadowieniem łożyska *(placenta praevia lateralis)*. Dwa razy mieliśmy do czynienia z położeniami poprzecznemi płodu, a raz z główkowem, przyczem główka po wprowadzeniu balonu usunęła się na bok. Samo wprowadzenie balonu nie przedstawiało trudności, ponieważ najmniejsze ujście było rozwarte na srebrnego florena, a największe na pięć koron. a nadto rozszerzaliśmy je jeszcze palcami tak dalece, jak się to tylko dało. Przed wprowadzeniem balonu przebijaliśmy zawsze pęcherz; w ten bowiem tylko sposób mogliśmy liczyć na zatamowanie krwotoku i oczekiwać korzyści dla rodzącej. Balon bowiem twardy, naśladując działanie główki, przygniatał odklejony płat przodujący łożyska do ściany macicy, chroniąc rodzącą przed dalszą utratą krwi.

U wszystkich dotychczas wymienionych rodzących wprowadzenie balonu nie przedstawiało większych trudności. Ujście nie było wprawdzie zawsze dostatecznie rozwarte dla wprowadzenia balonu, jak n. p. w jednym przypadku drgawek porodowych, gdzie rozmiary jego nie przekraczały 20 halerzy. zawsze się nam jednak udawało rozszerzyć je palcem na tyle, ile to nam było potrzebne. Inaczej powiodło się nam w siódmym przypadku. który dotyczył wieloródki z poprzecznem położeniem płodu po przedwczesnem odpłynięciu wód. U pacyentki tej wykonano już przy poprzednich porodach dwa obroty na nóżkę. również z powodu położenia poprzecznego. Część pochwowa była jeszcze prawie w całości utrzymana, ujście wewnętrzne drożne zaledwie dla palca, a bóle bardzo słabe. Nie chcąc się tu doczekiwać położenia poprzecznego zaniedbanego, postanowiliśmy dla ocalenia tej reszty wód płodowych, jakie się jeszcze w macicy znajdowały, wprowadzić balon po poprzedniem rozszerzeniu szyjki palcem. Ponieważ jednak nie powiodło się nam rozszerzenie palcem, postanowiliśmy użyć rozszerzadła Müllera. I cóż się pokazało? Zaledwie trzy razy obróciliśmy śrubą, obracając zawsze tylko o 90°, pokazała się dosyć znaczna ilość krwi, a przy badaniu rozdarcie, sięgające aż do sklepienia prawego, które nam pozwoliło bez dalszego wykonywania zabiegu dokonać obrotu na nóżki. Wobec tego zaniechaliśmy wogóle dalszego użycia dwupłatowych rozszerzadeł metalowych w przebiegu porodu.

Do wspólnych wad, które przypisują balonom, należą: powiększenie pojemności macicy, niemożność wprowadzenia balonu przy znaczniejszych ścieśnieniach miednicy, rzadkość zupełnego zaniku ujścia, częste naddarcia szyjki, wreszcie trudność odkażenia.

Powiększenie pojemności macicy takie, jakie osiągamy przez wprowadzenie balonu, może się czasem stać groźnem; dlatego nie należy wprowadzać go tam, gdzie się obawiamy pęknięcia macicy.

Przy nieznacznych ścieśnieniach nie napotkamy przy wprowadzaniu balonu na trudności ze strony kanału kostnego. Kobiety zaś z miednicami tak znacznie ścieśnionemi, że w znacznym stopniu utrudniają lub nawet uniemożliwiają założenie balonu, nie nadają się do tego leczenia, gdyż nie podobna przez nie przeprowadzić niepomniejszonej główki.

Co się tyczy niedostatecznego często rozwarcia ujścia i trudności, jakie z tego powodu w dalszym przebiegu porodu wynikają, to przypuszczamy, że przy pewnej cierpliwości operującego i przy pewnem wyćwiczeniu w technice da się uzyskać zupełny zanik brzegów ujścia. Na sześć przypadków, w których tej metody użyliśmy, osiągnęliśmy je pięć razy. Najważniejszą jest rzeczą, by operujący nie tracił spokoju, by nie pociągał zanadto silnie i szybko a jednocześnie pamiętał o kierunku ku dołowi. gdyż w przeciwnym razie balon opiera się o spojenie łonowe. O całkowite rozwarcie ujścia macicznego należy się wprawdzie starać, o ile możności. lecz nie mogąc osiągnąć całkowitego zaniknięcia brzegów nie należy z tego powodu zaniedbywać metody, która pomimo niezupełnego rozwarcia ujścia daje nam możność działania.

O możności naddarć już wspomnieliśmy. W sześciu przypadkach mieliśmy tylko te, które się przydarzają przy porodach przebiegających zupełnie prawidłowo. Siódmy nasz przypadek nasunął nam jednak wątpliwość, czy te znaczniejsze naddarcia, o jakich niektórzy autorowie wspominają, nie są następstwem poprzedniego użycia rozszerzadeł metalowych, a zostały policzone na karb balonów. Nie twierdzimy tego stanowczo. ale należałoby może więcej zwrócić uwagi w tym kierunku.

Niebezpieczeństwa, jakieby mogły wyniknąć z powodu trudności odkażenia balonu, istnieją tylko w teoryi, a nie w praktyce. Gdyby bowiem rzeczywiście dokładne odkażenie nie było możebne do przeprowadzenia, natenczas musiałyby się choroby matek, rozwiązanych tym sposobem znaczenie powiększyć. Najlepszym argumentem przeciw takiemu twierdzeniu jest statystyka, którą w ostatnich czasach zebrał Zimmermann. Jeżeli uwzględnimy w tej statystyce przypadki łożyska przodującego. to nabierzemy przekonania, że balon można odkazić i że należycie odkażony. nie przedstawia źródła zakażenia dla matki. W statystyce Zimmermanna znajdujemy. że na 79 rodzących z łożyskiem przodującem, które leczono przebiciem pęcherza i wprowadzaniem balonu do wnętrza jaja płodowego, gorączkowało 16·4%, a umarło 7·59% matek. Na 30 zaś porodów z łożyskiem przodującem, leczonych bez przebicia pęcherza, gorączkowało 10·4%. a umarło 3·33% matek. Z tego wynika, że odsetek zachorowań i śmiertelności matek był znacznie większy tam, gdzie wprowadzano balon do wnętrza jaja płodowego, aniżeli tam, gdzie z powodu utrzymania jaja płodowego balon dotykał się bezpośrednio ścian macicy. Gdyby odkażenie balonu było niedostatecznem, musiałoby to mieć rozstrzygające w tym kierunku znaczenie, stosunek ten musiałby być odmiennym, gdyż możność i prawdopo-

dobieństwo zakażenia byłoby przy bezpośredniem zetknięciu się balonu ze ścianami macicy największem.

W naszych sześciu przypadkach połóg przebiegał pod względem zachowania się ciepłoty zupełnie prawidłowo, ani razu bowiem nie zauważyliśmy podniesienia się ponad 37·3°.

Częsta potrzeba znacznie szybszego działania, aniżeli to przy balonach możliwe, kazała położnikom przemyśliwać nad nowymi przyrządami, którcby posiadały zalety balonów a usuwały ich usterki. Niezadowolony z trudniejszego wprowadzania balonu i z usuwania przez nie na bok części przodującej, oraz z trudniejszego odkażania balonów, podał Bossi narzędzie bardzo pomysłowe, które częściowo rzeczywiście spełnia niektóre życzenia położników. Przyrządu tego nie mieliśmy wprawdzie jeszcze sposobności użyć w praktyce prywatnej; na podstawie stosunkowo już bogatej literatury nasunęły się nam niektóre uwagi, któremi z czytelnikiem pragniemy się podzielić.

Narzędzie Bossiego jest rozszerzadłem metalowem czteropłatowem, którego płaty przy pomocy śruby się rozszerzają. Stopień oddalenia płatów od siebie przy kręceniu śrubą oznacza wskazówka. Nie ulega wątpliwości, że rozszerzadło to jest bardzo pomysłowe; użycie jego ułatwia w znacznym stopniu możność kontrolowania każdej chwili rozwartości płatów, a działanie jego jest najbardziej zbliżone do rozszerzania zapomocą balonów. Do tych ostatnich rozszerzadło jest zbliżone większą ilością płatów, które, gdy są rozszerzone, stanowią mniej więcej kwadrat i powodują bardziej równomierny rozkład sił, podobnie jak to bywa przy balonach.

Zaletą tego przyrządu jest także ta okoliczność, że się go nie wprowadza do jamy macicy, że nie powiększa on zawartości macicy, że nie usuwa części przodującej, która się może jeszcze podczas rozszerzania wstawić, że go można użyć jeszcze i wtedy, gdy się już część przodująca wstawiła i że działa szybko.

Wadą natomiast jest trudność odkażenia z powodu zawikłanej budowy, to, że wymaga pewnego już poprzedniego rozwarcia ujścia, by się dał wprowadzić i że przy niedostatecznem rozwarciu szyjki zmusza położnika do przygotowania pola operacyjnego zapomocą innych rozszerzadeł. Jeżeli uwzględnimy to, co Leopold i Rissmann o tym przyrządzie pisali, to zauważymy, że korzyści z jego użycia są w porównaniu z tymi, jakie wynikają z rozszerzadeł dwulub trzypłatowych, dla matki większe, lecz że się jednak równoważą prawie z dobremi stronami balonów. Ta okoliczność, że na płaty rozszerzadła zakładają się przy pewnego stopnia drożności ujścia kapturki, równa się wprowadzeniu nowego narzędzia. Jeżeli już poprzednio użyliśmy rozszerzadeł jednoramiennych, przez założenie kapturków wprowadzamy trzeci przyrząd co znacznie ułatwia zanieczyszczenie podczas porodu.

Podczas rozszerzania może się jeden lub i drugi płat rozszerzadła tego wysunąć na zewnątrz i pozostać w pochwie tak, że wtedy mamy do czynienia z rozszerzadłem dwulub trzypłatowem.

Rzadko kiedy osiągamy całkowite rozszerzenie ujścia; brzegi jego pozostają grube, a czasem ujście po wyjęciu przyrządu zwęża się napowrót. W miejscu działania płatów tworzą się — jak to Rissmann stwierdził — na sekcyi odleżyny; naddarcia są wcale nie rzadkie, a w każdym razie częstsze, aniżeli przy użyciu balonów. Leopold wspomina wprawdzie tylko o lekkich naddarciach; jeżeli się jednak tym naddarciom bliżej przyglądniemy, to zauważymy, że na trzy razy, z 12 opisanych przypadków, w których musiał szyć, zakładał raz dwa szwy, a raz trzy tak, że naddarć tych, zwłaszcza w przypadku dziewiątym, nie możemy uważać znowu za tak małe. Bez porównania gorzej powiodło się Rissmannowi, który w trzech opisanych przypadkach, pomimo że rozszerzał powolniej i dłużej, nie osiągnął ani razu całkowitego zaniku brzegów ujścia, lecz owszem, za każdym razem pozostał dosyć znaczny i gruby brzeg, który się po usunięciu narzędzia czasem napowrót ściągał. Dla wytłomaczenia tego ponownego ściągania się ujścia macicznego, lub ponownego wytwarzania się części pochwowej pozornie już zanikłej, możemy przyjąć to wytłómaczenie, jakie podaje Ahlfeld dla wyjaśnienia tego objawu przy użyciu balonów. Doświadczenia Rissmanna są jednak i pod względem naddarć bez porównania gorsze. Na trzy bowiem przypadki, w których użył przyrządu Bossiego, miał dwa razy do czynienia ze znacznemi rozdarciami części pochwowej. W pierwszym przypadku obok rozdarcia, sięgającego aż do sklepienia prawego, miał jeszcze i poprzeczne części pochwowej, a w trzecim, który się skończył śmiertelnie, było tylko „nieznaczne rozdarcie", trzy ctm. długie. Kto jednak wie, jak długą jest cała część pochwowa, ten jest w stanie i to nieznaczne rozdarcie należycie ocenić.

Mimo wymienionych tu niektórych usterek przyrząd ten przedstawia znaczny postęp w technice położniczej, która się będzie musiała z nim liczyć, zwłaszcza w tych przypadkach, gdzie zastosowanie balonu jest niemożliwe, jak się to zdarza przy znaczniejszych ścieśnieniach miednicy, przy ustalonej główce i przy znaczniejszego stopnia niepodatności, lub też przy niedostatecznem jeszcze rozwarciu szyjki macicznej; dalej przy wzniecaniu poronienia w pierwszych trzech miesiącach, tam gdzie nam zależy na jak najszybszem osiągnięciu celu itd. Zastąpić jednakowoż balonu i wyrugować go nie jest w stanie, gdyż działanie balonu jest najbardziej zbliżone do fizyologicznego działania główki. Że zaś przyrząd Bossiego nie odpowiada wszelkim wymaganiom i nie zadowalnia wszystkich, tego słabym dowodem może być ta okoliczność, że już podano[1]) inny konkurencyjny o dziesięciu płatach (Raineri), którego działanie na szyjkę z powodu tak znacznej ilości płatów jeszcze bardziej się zbliża do działania balonu, gdyż ucisk nim wywarty jest tego rodzaju, że wszystkie prawie części są w tym samym stopniu uciśnięte.

Piśmiennictwo. 1) H. F. Winkler: Mittheilungen aus der Gebäranstalt zu Jena. (Archiv für Gynaekologie r. 1870. T. I). 2) G. Stehberger: Lex regia und künstliche Frühgeburt. Tamże. 3) Mäurer: Neue Methode zur schnellen Eröffnung des Muttermundes. (Centralblatt f. Gyn. r. 1887). 4) Gredor: Zur intrauterinen Anwendung von Gummiblasen bei der Geburt und in der Gynaekologie. Tamże. 5) St. Braun: Wzniecenie porodu przedwczesnego z powodu obrzęku płuc, następnie rozszerzenie szyjki macicznej balonem Brauna dla przyspieszenia porodu. (Przegląd lekarski r. 1888). 6) A. Dührssen: Cervixincisionen zur Beschleunigung der Geburt. (Centralbl. f. Gyn. r. 1892). 7) H. Fehling: Die künstliche Frühgeburt in der Praxis. (Berliner klin. Wochenschrift. r. 1892). 8) Rosenstein: Zur mechanischen Dilatation des

[1]) Po oddaniu do druku niniejszego artykułu pojawiły się notatki Kaisera i Knappa, mające na celu modyfikacyę przyrządu Bossiego, celem usunięcia niektórych jego usterek a zbliżenia jego działania do działaniabalonów. W ostatnich zaś dniach pojawiło się rozszerzadło Dr. Frommera któremu osobno kilka słów poświęcamy.

Muttermundes in der Geburtshülfe nach Dührssen. (Therapheut. Monatshefte 1893). 9) A. Dührssen: Ueber den Werth der tiefen Cervix- und Scheidendamm-Einschnitte in der Geburtshülfe. (Archiv f. Gyn. t 44, r. 1894). 10) A. Dührssen: Ueber die Behandlung der Placenta praevia mittelst intrauteriner Kolpeuryse. (Deutsche med. Woch r. 1894). 11) R. Braun v. Fernwald: Ueber die mechanische und blutige Dilatation der Cervix bei schwerer Eklampsie. (Wiener klin. Woch. r. 1894). 12) R. Braun v. Fernwald: Ueber intrauterine Kolpeuryse. (Wiener med Blätter. r. 1894). 13) A. v. Gubaroff: Ueber die Behandlung der Eklampsie. (Centr. f. Gyn. r. 1895) 14) F. Starlinger: Ein neuer Cervixdilatator nach einem alten Principe. Tamże. 15) G. Woyer: Ein Fall von Eklampsie bei Mutter und Kind. Tamże. 16) Zweifel: Zur Behandlung der Eklampsie. Tamże. 17) Schlaepfer: Ein Fall von künstlicher Frühgeburt nach früher überstandenem Kaiserschnitt. Tamże 18) De Paoli: 50 Fälle von künstlicher Erweiterung des Orificium uteri durch den Dilatator von Bossi (Sprawozdanie w C. f Gyn. r. 1896). 19) F. Füth: Zur Behandlung der Placenta praevia. Tamże. 20) A. Mueller: Zur Ballondilatation der Cervix und Scheide nach Champetier-Maurer. (Monatsschr. f. Geb u. Gyn. t 14. r. 1896). 21) E. Wertheim: Zum Aufsatze A. Mueller's »Die Ballondilatation der Cervix u. Scheide«. Tamże. 22) L. Świtalski: O zastosowaniu baloników kauczukowych w położnictwie. (Przegląd lekarski. 1896). 23) E. Welti: Zur Behandlung der Placenta praevia. (Korrespondenzblatt für schweizer Aerzte. r. 1897). 24) Sprawozdanie z posiedzeń Tow. gin. w Londynie. (Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1897 t. 6). 25) Sprawozdanie z VII. Zjazdu niemieckiego Tow. gin. w Lipsku, o łożysku przodującem. Tamże. 26) Gerich: Intrauterine Kolpeuryse. (C. f. Gyn. 1897). 27) Société obstétricale et gynécologique de Paris. Sprawozdanie z grudnia 1896. Tamże. 28) G Beck: Zur künstlichen Erweiterung der Cervix uteri mittels des Dilatators von Bossi (Prager med. Wochenschrift r. 1897). 29) A. Stieda: Ueber die intrauterine Anwendung von Ballons zur Einleitung der Frühgeburt u. des Abortus. (Monatsschr. f. Geb. u. G. t. 5 r. 1897). 30) M. Graefe: Ueber die Einleitung bezw. Beschleunigung der Geburt durch intrauterine Kolpeuryse. (Münchener med. Wochenschr. r. 1897). 31) A. Müller: Zur Anwendung des elastischen und unelastischen Ballons in der Geburtshülfe. Tamże. 32) Geburtshülfliche Gesellschaft in Edinburg. (Sprawozdanie w C. f. Gyn. r. 1898). 33) Gesellschaft für Geburtshülfe zu Leipzig. Posiedzenie z 20 grudnia r. 1897. Tamże. 34) F. Kleinhans: Zur intrauterinen Anwendung des Kolpeurynters. (Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. t. 7, 1898). 35) Hucklenbroich: Ueber den Werth der künstlichen Frühgeburt an der Hand von 60 Fallen. (Münchener med. Wochenschr. r. 1898). 36) W. Müller: Ueber Metreuryse. Inaug.-Diss. Bonn. 1898. 37) F. Heymann: Ueber Methode und Indikationen der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft. (Archiv f. Gyn. t. 59, r. 1899). 38) Schwarzenbach: Ein Metallinstrument als Ersatz für den Ballon bei der Cervixdilatation. (Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. t. 10, r. 1899). 39) H. Bollenhagen: Beitrag zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt. (Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. t. 41 r. 1899). 40) A. Mueller: Ein neuer Cervixdilatator. (Centr. f. Gyn. r. 1899). 41) E. Preiss: Ein Metreurynter. (Centr. f. Gyn. 1900). 42) Bosse: Ueber Kolpeuryse u. Metreuryse. Tamże. 43) Geburtshilfliche Gesellschaft zu Hamburg. Sprawozdanie z posiedzenia z 3 i 13 listopada r. 1897. (Centr. f. Gyn. r. 1900. 44) L. Knapp: Accouchement forcé bei Eklampsie. (Prager med. Wochenschr. r. 1900). 45) O. Kaufmann: Zur Kolpeurynter-Frage. (Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. t 11, r. 1900). 46) L. Skorscheban: 44 Fälle künstlicher Frühgeburt und deren Enderfolge. Tamże. 47) W. Stroganoff: 58 Fälle von Eklampsie ohne Todesfall von dieser Erkrankung. (Monatsschr. f. Geb. u. Gyn t. 12, r. 1900). 48) Rubeška: Ueber die intrauterine Anwendung des Kautschukballons in der Geburtshülfe. (Archiv. f. Gyn. t. 61, r. 1900). 49) L. Kleinwächter: Ueber die Technik der Einleitung der künstlichen Frühgeburt. (Der Frauenarzt. r. 1900) 50) Spinelli: Ein neues Verfahren zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt. Tamże 51) G. Vogel: Querlage und Wendung bei Erstgebärenden. (Zeitschrift für Geb. und Gyn. t. 43. r. 1900). 52) Fleischmann: Geburshülfliche Erweiterung der Cervix und des Muttermundes. (W: Encyklopädie der Geburshülfe u. Gynaokologie v. Länger u. Herff. r. 1900). 53) G. Raineri: Ueber einen neuen Uterusdilatator. (Sprawozdanie w Centr. f. Gyn. r. 1901). 54) P. Baumm: Unelastischer Metreurynter. Tamże. 55) G. Hauff: Ein Beitrag zur Wehenerregung allein durch intrauterine, wenig nachgiebige Gummiblasen (Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. t. 14. r. 1901). 56) Schoedel: Erfahrungen über künstliche Frühgeburt eingeleitet wegen Beckenenge. (Archiv f. Gyn. t. 64 r. 1901). 57) F. Ahlfeld: Die intrauterine Ballonbehandlung zwecks Einleitung der künstlichen Frühgeburt bei engem Becken. (Hegars Beiträge z. Geburtshülfe u. Gyn. t. 1. r. 1901). 58) W. Albert: Ueber die Behandlung der Geburt beim engen Becken durch die Wendung mit sofort sich anschliessender Extraktion. (Münchener med. Wochenschr. rok 1901). 59) P. Rissmann: Ueber die schnelle Erweiterung der Cervix mit dem Dilatatorium v. Bossi. (Centr. f. Gyn. r. 1902). 60) P. van Oordt: Dilatatie van het Cervicaalkanaal ter spoedverlossing. Diss. Amsterdam. r. 1901. (Sprawozdanie w Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. t. 15. r. 1902). 61) V. Zimmermann: Die intrauterine Ballonbehandlung in der Geburtshülfe. (Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. t. 16, r. 1902). 62) Voigt: Die vaginale Anwendung der Braun'schen Blase in der Geburtshülfe. (Archiv f. Gyn. t. 66, r. 1902). 63) G. Leopold: Ueber die schnelle Erweiterung des Muttermundes mittels des Dilatatoriums von Bossi. (Archiv. f. Gyn. t. 66. r. 1902). 64) Pape: Zur künstlichen Frühgeburt bei Beckenenge. (Hegar's Beiträge zur Geb. u. Gyn. t. 6, r. 1902). 65) G. Leopold: Zur schnellen Erweiterung des Muttermundes mittels des Dilatatoriums von Bossi namentlich bei Eklampsie. (Centr. f. Gyn. r. 1902). 66) Mirabeau: Schwere Geburt bei vorgeschrittener Tabes. (Münchener med. Wochenschr. r. 1902). 67) J. Veit: Ueber die Behandlung der Eklampsie (Therap. Monatshefte r. 1902). 68) L. Kleinwächter: Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft. r. 1902. 69) L. Knapp. Zur Kasuistik des Accouchement forcé unter Anwendung von Bossi's Dilatator. (Centr. f. Gyn. r. 1902. 70) O. Kaiser: Zur schnellen Erweiterung des Muttermundes nach Bossi. Tamże. 71) Vom IV. internationalen Gynaekologenkongres in Rom. Sprawozdanie tamże. 72) L. Knapp: Zur Frage des Accouchement forcé durch instrumentelle Aufschliessung des Muttermundes. (Klinisch-therap. Wochenschrift. r. 1902). 73) A. Scheib: Bericht ueber sechs Fälle von künstlicher Frühgeburt mittelst elastischer Metallbougie nach Knapp (Wiener klin. Wochenschr. r. 1902). 74) P. Strassmann: Placenta graevia. (Archiv. f Gyn. t. 67. r. 1902.). 75) L. Knapp: Zum Accouchement forcé mittels Metaldilatoren. (Centr. f. Gyn. r. 1902). 76) Wagner: Erfahrungen mit dem Dilatatorium von Bossi. Tamże. 77. C. W. Bischof: Beitrag zur Anwendung des Bossischen Dilatatoriums. Tamże. 78) H. Langhoff: Ueber einen Fall von Erweiterunf des Muttermundes mit Bossi's Dilatator bei Eklampsie. Tamże. 79) A. Mueller: Zur schnellen Erweiterung des Muttermundes mit Metalldilatatoren. Tamże. 80) V. Frommer: Ein neuer geburshilflicher Uterusdilatator. Tamże.

Podręczniki: 81) D. W. H. Busch: Lehrbuch der Geburtskunde r. 1833. 82) J. Späth: Compendium der Geburtskunde r. 1857. 83) H. Fehling: Die geburtshülflichen Operationen w Müllera Handbuch der Geburtshülfe r. 1889. 84) K. Schroeders: Lehrbuch der Geburtshülfe. r. 1893). 85) P. Zweifel: Lehrbuch der Geburtshülfe r. 1895. 86) F. Schauta: Grundriss der operativen Geburtshülfe. r. 1896. 87) M. Runge: Lehrbuch der Geburthülfe. r. 1896.

IV. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Prof. Dra Marsa we Lwowie.

Czy istnieje fizyologiczne zwolnienie tętna w połogu?

Zestawił

Dr. Stanisław Lewicki,

Demonstrator kliniki.

(Dokończenie).

Chcąc wyrobić sobie pewne własne przekonanie o tej spornej sprawie, a może i przez moją chociaż nie liczną statystykę przyczynić się do zwiększenia liczby spostrzeganych przypadków w innych klinikach i zakładach położniczych dla ostatecznego rozstrzygnięcia, podjąłem liczenie tętna u szeregu ciężarnych i położnic, przebywających w klinice położniczo-ginekologicznej Prof. Marsa we Lwowie. Wykonałem tylko 51 spostrzeżeń, z tego zaś tylko 30 mogę uważać za zupełnie bez zarzutu. Pozostałe 21 musiałem odrzucić albo z powodu, że były za krótko w klinice obserwowane, albo że ciepłota ciała w połogu chociażby jeden raz przekraczała 37·6°, wreszcie ciąża była powikłana z jakimś stanem niefizyologicznym, jak n. p. z gruźlicą płuc, wadą serca i t. d. Liczba moich spostrzeżeń jest wprawdzie bardzo małą i z pewnością tej sprawy ostatecznie nie wyjaśni, mimo to atoli sądzę, że ma wartość, gdyż starałem się to wynagrodzić ścisłością spostrzeżeń, ażeby, jeżeli kto zechce zebrać większą liczbę przypadków, bo tylko większa ilość może doprowadzić do zupełnie pewnych wniosków, mógł posłużyć się i moją statystyką.

Tętno badałem u ciężarnych, a następnie u tych samych kobiet jako położnic, w czasie ich przebywania w klinice. Czas spostrzegania trwał w ciąży od 4 do 69 dni. Tętno było liczone codziennie tak, że gdy ciężarna przebywała w klinice przez 69 dni, tętno było liczone 69 razy; 4 dni obserwacyi w ciąży uważałem za dostateczne na tej podstawie, że i Heil badał ciężarne również w seryach czterodniowych i seryę tę powtarzał tylko w takim razie, jeśli ciężarna dłużej w spostrzeganiu pozostawała. Są więc w jego badaniach ciężarne, które tylko przez 4 dni były spostrze-

gane. Ciężarne, które zresztą w klinice lwowskiej bardzo mało i niechętnie używają ruchu i przeważnie przez cały dzień pozostają bezczynne w ubikacyach, dla nich przeznaczonych, badałem codziennie rano przed wszelkiemi zajęciami klinicznemi, polecając im po przespanej nocy nie wstawać z łóżka aż do mego przybycia. W ten sposób starałem się o to, aby ciężarna była zupełnie wypoczętą i znajdowała się mniej więcej w tych samych warunkach, co położnica leżąca w klinice. Tętno każdorazowo liczyłem przez całą minutę, a nieraz i dłużej, o ile szybsze tętno zdradzało jakiś wpływ uboczny na czynność serca. To się zdarzało szczególniej u ciężarnych, świeżo do kliniki przyjętych, u których nagłe przybycie lekarza wywoływało zawsze pewne wzruszenie umysłowe, mogące wpływać na tętno i przyspieszać czynność serca. Po południu tętna u ciężarnych nie liczyłem, a to z tego względu, że ciężarna najmniej przez godzinę musiałaby leżeć w łóżku, aby ją można uważać za dostatecznie wypoczętą, a przeprowadzenie tego ze względu na małą liczbę służby w klinice było niemożliwem.

Tętno u położnic badałem albo sam, o ile byłem zajęty w dziale położniczym kliniki lwowskiej, lub ten ze starszych kolegów asystentów, który w danej chwili miał oddane przez profesora kierownictwo oddziału położniczego kliniki. Tętno było obliczane codzienie rano o g. 8 i popołudniu o g. 5 i to również przez czas pobytu położnicy w klinice, to znaczy od 7 do 17 dni. Położnice badane leżały w klinice powyżej 12 dni tylko w takim razie, jeżeli z powodu pęknięcia międzykrocza i zeszycia jego dłużej musiały pozostawać w łóżku i być w obserwacyi. U żadnej z tych położnic ciepłota ciała nie przekroczyła 37·6°. Tętno poranne i popołudniowe są mniej więcej równe, różnice nie wynoszą więcej niż 4 uderzeń na minutę, a przez wliczenie i tętna popołudniowego zyskiwałem wiele na tem, że ogólna przeciętna tętna była dokładniejszą. Położnice przez cały czas pobytu w klinice pozostają w łóżku, wstając tylko — o ile na to ich stan pozwala, — dla załatwienia najkonieczniejszych potrzeb. Za pożywienie dostają one w pierwszych trzech dniach czysty rosół, potem dnia czwartego, w którym stosuje się środek przeczyszczający, kaszkę, a dopiero szóstego lub siódmego dnia pokarmy stałe, jak mięso i bułki. U położnic tętno również było liczone najmniej przez całą minutę, a w przypadkach podejrzanych nawet dłużej.

Z 30 położnic badanych było 11 pierwiastek, 19 wieloródek. Operacyjnie był poród ukończony 2 razy, a mianowicie raz dokonano obrotu i ekstrakcyi płodu z powodu wypadnięcia pępowiny; drugi raz obrót przy położeniu poprzecznem u drugiego bliźniaka. Raz był płód zmacerowany VIII-miesięczny. Karmiło położnic 27.

Nie mogę naturalnie przytaczać wszystkich historyj chorób, gdyż są to szczegóły, które mogą obchodzić tylko kogoś, któryby tym tematem zechciał się szczegółowiej i dokładniej zająć. Oddam je jednak bardzo chętnie temu z kolegów, któryby zechciał takie obliczenia przeprowadzić w szerszym zakresie. Muszę się ograniczyć tylko do podania ostatecznych wyników i zestawień, a są one następujące:

Ogółem wykonano 722 obliczeń u ciężarnych, 560 obliczeń u położnic. Z tego wypada na jedną ciężarną przeciętnie 20·7, na położnicę 18·7 obliczeń.

Według częstości tętna obliczone na 100 znaleziono:

Tętno od	— do 40	40—45	46—50	51—55	56—60	61—65	66—70	71—75	76—80	81—85	86—90	91—95	96—100	wyżej 100
Ciężarne			0·64	0·64	3·37	6·59	10·1	17·52	20·57	17·36	10·93	6·43	3·21	2·50
Położnice		1·96	6·25	10·71	20·0	9·64	11·25	16·25	13·21	6·25	1·96	1·07	0·89	0.53

Z tego widzimy, że najczęściej spotykane tętno w połogu jest między 56 a 60, bo 20%, podczas gdy w ciąży mamy równocześnie zaledwie 3·37%. W ciąży najczęstsze tętno mamy między 76 a 80, równocześnie w połogu 13·21%. Tętno poniżej 56 znajdujemy w ciąży tylko w znikomej liczbie, bo około 1%; w połogu mamy 10·71% dla tętna 51—55, 6·25% dla 46—50. Tętna poniżej 46 w ciąży nie spotkałem. Przeciwnie, powyżej 80 w ciąży stwierdzamy ogółem 23·07%, a w połogu zaledwie 4·45%.

Gdybyśmy zatem wykreślili krzywą dla obu spostrzeżeń, zauważylibyśmy, że krzywa tętna u położnic szybko opada, dochodzi do najniższego punktu między 56—60 i zwolna wzrasta; krzywa u ciężarnych zachowuje się wprost przeciwnie, a jej *minimum* znajduje się dopiero przy tętnie 76—80.

Jeżeli zestawimy teraz u każdego osobnika z osobna przeciętną ze wszystkich obliczeń w ciąży i przeciętną w połogu i porównamy te obie przeciętne, to otrzymamy następujące wyniki:

Tętno w połogu wolniejsze o 10 do 25, niż w ciąży u 19 poł. = 63·33%
» » » » o 5 do 10, » » » u 6 » = 20%
» » » równe tętnu w ciąży u 4 poł. = 13·33%
» » » częstsze niż w ciąży u 1 poł. = 3·33%

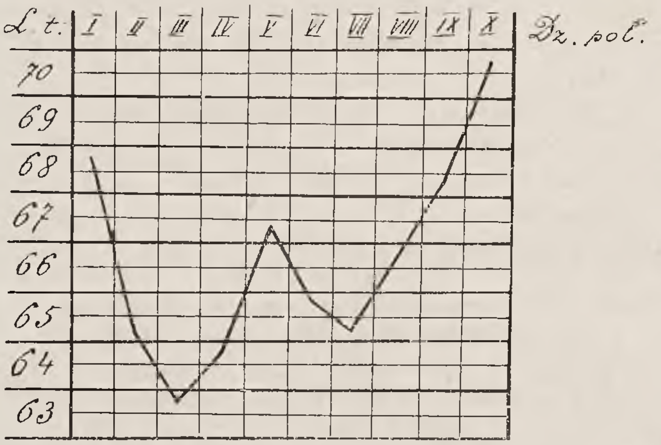
Widzimy z tego, że tętno wolniejsze w połogu, niż w ciąży spotykamy w 83·33% przypadków. Byłaby to największa liczba, jaką dotychczas, o ile mi wiadomo, otrzymano, bo Olshausen podaje tylko 63%, Varnier 72·22%. Jeżeli uwzględnimy zwolnienie tylko o 10 uderzeń na minutę, co wobec tego, że przeciętna była obliczoną z większej liczby pojedynczych spostrzeżeń, jest już przesadną ostrożnością, otrzymamy liczbę 63·33%, liczbę zgadzającą się z obliczeniami Olshausena.

Jeśli jako liczbę tętna fizyologiczną przyjmiemy 65 uderzeń na minutę, to u ciężarnych otrzymamy poniżej 11·24%, u położnic 48·56%. To nie zgadza się również z liczbą podaną przez Heila, który przyjmuje dla ciężarnych 24·45% dla położnic 18·1%. Poniżej 75 spotykamy u ciężarnych 38·86%, u położnic zaś dwa razy tyle, bo 76·06%.

Na podstawie tych zestawień muszę stanowczo pozostać na stanowisku dawnych położników, że przynajmniej w moich 30 spostrzeżeniach różnica w tętnie w czasie ciąży i połogu na korzyść zwolnienia w połogu była bardzo wybitną i to zwolnienie musimy uważać za zwolnienie fizyologiczne, ogólne. Nie mogę pominąć uwagi, która się mimowoli nasuwa, że w skąpej liczbie przypadków, w której tętno w połogu było równe lub szybsze, niż tętno w ciąży, nie był może stan ogólny zupełnie fizyologiczny, a tylko nie mogliśmy możebnych nieprawidłowości wykazać znanymi nam dotychczas sposobami. Nie mając dzisiaj innych środków probierczych dla wykazania możliwych nieprawidłowości, musimy i te wypadki uważać na podstawie obserwacyi ciepłoty ciała i przebiegu połogu za fizyologiczne. Być może, że mniejsza drożność ujścia macicy, przez to lekkie zatrzymanie się odchodów, nie wpływające jeszcze na ciepłotę ciała, podnosi szybkość tętna. Może być także

mnóstwo innych przyczyn, które dla nas są niedostrzegalne, a które mogą wpływać na przyspieszenie czynności serca. Dlatego też zwolnienia tętna w połogu nie możemy uważać za regułę, bo, jak słusznie podnosi Heil, nie jest regułą, co ma 40, a chociażby nawet 17% wyjątków, jednakże musimy uważać ten objaw za ogólny, bardzo często dający się spostrzegać właśnie w połogu i dlatego cechujący, a w każdym razie, na co zresztą wszyscy się zgadzają, prognostycznie bardzo dobry.

Innych zestawień, jakich mnóstwo podaje Heil, nie robię, ponieważ te, o ile mi się zdaje, są dostateczne, a inne sprawy więcej nie wyjaśnią. Na zakończenie chciałbym tylko jeszcze podać krzywą tętna, jaka w połogu zwykle występuje. Jeżeli mianowicie obliczymy przeciętne tętna dla pojedynczych dni połogu, możemy wykreślić krzywą normalną przebiegu tętna w połogu.



Z krzywej tej widzimy, że zaraz drugiego dnia po porodzie tętno wybitnie spada z 68·7 na 65·1, dochodzi do *minimum* dnia trzeciego (63·8), dnia piątego podnosi się na 67·4, a następnie, opadłszy jeszcze dnia siódmego na 65.06, zwolna powraca do 70 dnia dnia dziesiątego. Z tego wynika, że największe zwolnienie występuje dnia 2—4 połogu, później zwolna liczba tętna podnosi się, aby powrócić do normy. Z obliczeniem Heila krzywa ta nie zgadza się tylko o tyle, że w mojej najniższe tętno występuje dnia 3, a nie, jak u Heila, 2 połogu. Zresztą tak samo, jak u niego, dzień piąty odpowiada mniej więcej pierwszemu, później tętno nieco spada, 8 dnia zwolna, 9 i 10 szybciej się podnosi.

Według Meyburga zwolnienie występuje między 5 a 9 dniem; 7 i 9 dzień okazuje największe zwolnienie. Według krzywej Baumfelda *minimum* występuje 7 dnia połogu. Varnier podaje kilka ciekawych rysunków krzywych, gdzie *minimum* występuje w rozmaitych dniach połogu.

Heil tłómaczy tę krzywą tętna w ten sposób, że w spadku tętna dnia 2 i 3 widzi wpływ spokoju po odbytym porodzie. Nieznaczne podniesienie się tętna dnia 4 i 5 może pochodzić od zwiększonej przemiany materyi wskutek obfitszego żywienia chorej. Dnia 9 i 10 chora zaczyna wstawać i poruszać się, w miarę tego tętno podnosi się do normy. Przeciw temu zrobiłbym tylko tę uwagę, że u nas położnice leżały nawet do 17 dni, mimo tego jednak tętno wracało dnia 10 do normy. Objaw przyspieszenia się tętna u ciężarnej, jako objaw rozpoczynającego się porodu, podany przez Aichla, obserwowałem tylko 3 razy i to w bardzo nieznacznym stopniu.

Wreszcie pozwalam sobie złożyć podziękowanie memu szefowi Prof. Marsowi za pozwolenie użycia materyału klinicznego i cenne wskazówki, a kolegom asystentom: Brejterowi i Bocheńskiemu za łaskawą pomoc.

V. Kilka słów o nowem rozszerzadle Frommera.

Napisał

Dr. Jan Lachs.

W Nr. 46 „Przeglądu lekarskiego“ opisał Dr. Frommer rozszerzadło maciczne, mające służyć do szybkiego rozszerzania szyjki macicznej podczas porodu. Pomysł rozszerzania mechanicznego szyjki macicznej, jak to w tymże samym N-rze „Przegl. lekar.“ wykazałem, jest bardzo dawny, a tylko od czasu do czasu, co zresztą dosyć często się zdarza w naszej nauce, od niego odstępowano lub też do niego wracano. Tymczasem w przytoczonym artykule Dra Frommera spotykamy się jedynie z rozszerzadłami w postaci balonów elastycznych jako znanemi, a o rozszerzadle swojem mówi on, jak gdyby ono było przyrządem zasadniczo nowym, pomijając zupełnie to, co dotychczas na tem polu zdziałano. Jednocześnie Dr. Frommer zastrzega się, by przypadkiem nie identyfikowano jego rozszerzadła z rozszerzadłem Bossiego, zaleconym „w ostatnim czasie“. W interesie prawdy historycznej musimy zaznaczyć, że rozszerzadło Bossiego ukazało się wprawdzie „niezależnie“ od rozszerzadła Dr. Frommera, z tym jednak dodatkiem, że się ono ukazało o przeszło 12 lat wcześniej, aniżeli to Dr. Frommer przypuszcza, bo już w r. 1890 pokazywał je Bossi na międzynarodowym Zjeździe lekarzy w Berlinie. Od tego czasu korzystano wprawdzie nielicznie z tego przyrządu, lecz w każdym razie posługiwano się nim, a Beck opisał już w r. 1896 kilka przypadków leczonych tym przyrządem. W ostatnim zaś czasie pojawiały się jedynie częstsze opisy zastosowania rozszerzadła Bossiego, między innymi w rozprawach Rissmanna, Leopolda, Kaisera i Knappa. Te jednak częstsze opisy nie podawały przyrządu Bossiego za narzędzie wynalezione dopiero w ostatnim czasie; tem samem zbytecznem jest twierdzenie Dr. Frommera, że „niezależnie“ od jego przyrządu powstał przyrząd Bossiego. Bossiemu chodziło tylko o szybkie rozszerzenie zapomocą kilku ramion metalowych od strony pochwy, by przez to nie usuwać części przodującej płodu i o możność kontrolowania rozmaitości ramion i siły użytej przy pomocy wskazówki, umieszczonej na trzonie przyrządu. Kapturki, których Bossi używa, nie stanowią istotnej części jego pomysłu: on ich używa jedynie w interesie rodzącej. Istotną część przyrządu Bossiego stanowią ramiona i wskazówka, która jest nowością. Jedno i drugie powtarza się w przyrządzie Dr. Frommera z tą tylko odmianą, że zamiast czterech ramian znajduje się u niego 8. Lecz i ta myśl nie jest nową. Autor niniejszych uwag w artykule swoim (Nr. 46 „Przegl. lek.“ „O szybkiem rozszerzeniu szyjki macicznej“) mówi również o rozszerzadłach ośmio- lub dziesięcioramiennych, dając im pierwszeństwo przed czteroramiennemi, a mimo to nie uważa tej idei za swoją, bo ją już wcześniej urzeczywistnił Raineri, a powtórzył ją Kaiser. Odmawiając jednak sobie praw do wynalazku, muszę również odmówić praw pierwszeństwa i Dr. Frommerowi, skoro po-

myśl jego został już dawniej przez innych urzeczywistniony. Uczynić zaś to muszę w interesie prawdy historycznej, bo sama idea jest własnością Bossiego, a znaczniejsza liczba ramion jest myślą Raineriego, którą powtórzył Kaiser, lecz obydwaj przed Dr. Frommerem i to zastrzegając się, że tylko modyfikują przyrząd Bossiego. Że ramiona przyrządu Dr. Frommera dają się rozebrać, to istotnie jest to zaleta, lecz zaleta, którą dzieli ten przyrząd z tym, który w r. 1900 podał Raineri. Jedyną nowością byłoby porzucenie kapturków, które dla aseptyki nie mogą być obojętne; to prawda, lecz Bossi i Raineri nie zmuszają nikogo do używania kapturków, a jeżeli sami to czynią, to chcą w ten sposób uchronić jedynie rodzącą od skaleczeń, od których przyrząd Dr. Frommera, jako metalowy o cienkich ramionach, jej nie uchroni.

Tych kilka słów skreśliłem ściśle w interesie prawdy historycznej.

VI. Odpowiedź na „Kilka słów“ Dra J. Lachsa w sprawie mojego rozszerzadła.

Napisał

Dr. Wiktor Frommer,

Asystent kliniki chorób kobiecych w Berlinie.

Za „uwagi“ Dra Lachsa w sprawie mojego rozszerzadła, wypowiedziane w Nr. 48. „Przeglądu lek.“, serdecznie mu dziękuję, bo dają mi one sposobność wystąpienia istotnie w interesie prawdy historycznej, której dowieść postaram się szczegółowemi datami, trzymając się faktów chronologicznych i pięknej zasady Cycerona, powtórzonej na wstępie wspaniałej monografii historycznej Siebolda: „Quis nescit, primam esse historiae legem, ne quid falsi dicere audeat? deinde ne quid veri non audeat? ne qua suspicio gratiae sit in scribendo? ne qua simultatis?“

Jeżeli w artykule moim („Przegląd lekar. Nr. 46“) ograniczyłem się na ściśle rzeczowym opisie mojego rozszerzadła z podaniem jednego przykładu i zestawieniem w pięciu punktacyach zasadniczych różnic zastosowania jego wobec przyrządu Bossiego, nie szło mi bynajmniej o przedstawienie rozwoju *accouchement forcé,* ani też o przyznawanie sobie pierwszeństwa przed Bossim i nieuzasadnionem jest twierdzenie Dra Lachsa, jakobym zastrzegał się przeciw „identyfikowaniu mego rozszerzadła z rozszerzadłem Bossiego“. Że zamiaru tego nie miałem, wynika to już z ustępu artykułu mojego, zamieszczonego w „Centralblatt für Gynaekologie Nr. 47“, w którym sprawę tę wyraźnie wyjaśniam. Ustęp ten przytaczam dosłownie „Zur Zeit als Herr Geh.-Rath Leopold das Bossi'sche Dilatatorium im Arhiv für Gynaekologie [1] [2] bei uns bekannt gemacht hat, lagen noch zu wenig Versuche mit meinem Dilatator vor um mit demselben an die Oeffentlichkeit zu treten. Von dem Bossischen Instrument, welches ganz verschieden konstruirt ist habe ich erst durch die erwähnte Publikation Leopold's Kenntnis erhalten; also nicht die Bekanntgabe des Bossischen Instrumentes, sondern die nicht selten gegebene Nothwendigkeit rascher Beendigung der Geburt bei noch nicht erweitertem Muttermund hat mich den Gedanken gebracht, meinen Apparat auffertigen zu lassen“.

[1] Archiv für Gynaekologie: 66 Band, 1. Heft 1902.

[2] Centralblatt für Gynaekologie Nr. 19.

Że o istnieniu przyrządu Bossiego nietylko ja, ale i inni poważni ginekologowie przed ukazaniem się przytoczonej tegorocznej rozprawy Leopolda nic nie wiedzieli, dowodzi fakt, że przed oddaniem mego pomysłu do wykonania jeszcze w połowie listopada zeszłego roku, pokazywałem rysunki mego przyrządu Profesorowi L. i Drowi Th. Landauowi, w których klinice byłem czynnym, lecz żaden z nich nie zwrócił mej uwagi na istnienie przyrządu Bossiego lub do niego podobnego; również, będąc w styczniu w Krakowie, przedstawiłem Drowi Kohnowi wobec innych kolegów szpitalnych swój pomysł i również żadnej wzmianki o Bossim nie usłyszałem.

Dzisiaj, od czasu ukazania się publikacyi Leopolda, wszyscy już wiemy, że Bossi na międzynarodowym Zjeździe lekarzy w Berlinie w roku 1890 przyrząd swój pokazywał, lecz nikt prócz Becka go nie używał i Beck tylko jeden w „Prager med. Wochenschrift“ opisał kilka przypadków, leczonych tym przyrządem, co zresztą sam Dr. Lachs w swych uwagach zaznacza. Jeżeli z kolei rzucimy okiem na przytoczone przez Dra Lachsa rozprawy, widzimy, że wszystkie one pojawiły się już po rozprawie Leopolda, temsamem po ukazaniu się mego rozszerzadła. I tak: rozprawa Rissmanna: „Ueber die schnelle Erweiterung der Cervix mit dem Dilatatorium Bossi“ ukazała się w Nr. 28 „Centralblatt für Gynaekol.“; Kaisera „Zur schnellen Erweiterung nach Bossi“ pojawiła się w Nr. 41 tegoż pisma z 11 października b. r., t. j. już nawet po wysłaniu mego rękopisu do „Przeglądu lekarskiego“; w artykule tym podaje autor swoją modyfikacyę o większej liczbie ramion, jednakowoż bez skali, wskutek czego, mojem zdaniem, przyrząd ten nie znajdzie zastosowania.

W dalszym ciągu Dr. Lachs przytacza Knappa, lecz ten jeszcze później ogłosił swoją pracę, bo spotykamy ją w Nr. 41 i 42 „Wiener klin. therapeut. Wochenschrift“, 1902: „Zur Frage des Accouchement forcé durch instrumentelle Aufschliessung des Muttermundes“, gdzie autor omawia metodę Bossi'ego, a w ostatnim Nrze „Centralblatt für Gynaek.“ z dnia 22 listopada b. r. podaje swoją modyfikacyę, jednakowoż także bez skali.

Przytacza jeszcze Dr. Lachs ostatnią modyfikacyę Raineriego, niestety nie znam jej i nie posiadam bliższej literatury, co do owego autora, a ponieważ dopiero wczoraj uwagi Dra Lachsa w sprawie mojego rozszerzadła przeczytałem i odpowiedź dzisiaj mam wysłać, dlatego później w tym kierunku rozglądnąć się postaram.

Taką jest moja przedmiotowa odpowiedź na literaturę podaną przez Dra Lachsa w chęci służenia „prawdzie historycznej“.

A jeżeli Dr. Lachs ogólnie mówi o czasach starożytnych i średniowiecznych, czyniąc mi poniekąd zarzuty, że w artykule swoim („Przegl. lek.“ Nr. 46) pominąłem zupełnie „co na tem polu zdziałano“, zwracam tutaj uwagę na bardzo piękne dzieło Nagela „Operative Geburtshülfe“, w którem autor na podstawie historycznych dat Siebolda przytacza rozmaite rozszerzadła, znanej uż za czasów Tertulliana, Paula z Aeginy i Osiandra i t. d. i t. d. Nagel oglądał też w Londynie w Hunterowskiem muzeum antyk rozszerzadła, złożonego z 4 ramion i śruby.

Jak poprzednio tak i dzisiaj nie miałem zamiaru podania historyi rozszerzadeł; zaznaczyć tylko chciałem, że żadne

z nich nie weszło w nasze instrumentaryum położnicze do czasu ukazania się rozprawy Leopolda, a rozprawa ta jak i powyżej przytoczone pojawiły się już po oddaniu mego rozszerzadła do wykonania, byłem zatem uprawnionym w artykule swym „Przegl. lek. Nr. 46. wspomnieć o niezależności od siebie obu przyrządów.

W końcu swych uwag wyraża Dr. Lachs pesymistyczne twierdzenie, że rozszerzadło moje nie uchroni rodzącej od skaleczeń. Nie miejsce tutaj przytaczać przypadki, w których rozszerzadło moje znalazło zastosowanie bez najmniejszego skaleczenia rodzącej; wystarczy przytoczyć, że Nagel polecał je już na kursach tegorocznych, jako najkorzystniejsze w działaniu, co poświadczyć może Dr. Elsner z Rzeszowa, który był tutaj obecnym przy jednym z przypadków, jak również list prof. Leopolda z dnia 16 listopada b. r., donoszący mi, że rozszerzadło moje w klinice jego znalazło już w kilku przypadkach swoje zastosowanie, a o dalszych później otrzymam wiadomości. Zatem uwaga Dra Lachsa jest bezprzedmiotową, bo tylko próby w tym kierunku mogą dać odpowiednie wyjaśnienia, a nie krytyka bez doświadczeń.

Jeżeli Dra Lachsa dla dalszych zbiorów historycznych to interesuje, przesyłam do użytku Szanownej Redakcyi „Przegl. lek." pierwotny rysunek mego rozszerzadła, złożonego z 16 ramion (model jedynie w mojem jest posiadaniu) i nadmieniam raz jeszcze, że dnia 3 grudnia z. r. pomysł swój poleciłem wykonać berlińskiej firmie; w drugiej połowie lipca na ostatniem posiedzeniu przed feryami w Towarzystwie lekarskiem w Berlinie zapisałem się do głosu w tej sprawie, a Szan. szef mój dnia 21 września na IV kongresie ginekologicznym w Rzymie przedstawił moje rozszerzadło.

Tych kilka słów, opartych na rzeczywistych datach, sądzę, wystarczy, aby rzucić prawdziwe światło na sprawę mego rozszerzadła i przekonać Szanownego Pana Kolegę Lachsa, że „Uwagi jego" oparte są na nieścisłych podstawach.

VII. Oceny i sprawozdania.

H. W. Broadbent. **Choroby serca.** (Przełożył z angielskiego na język niemiecki Dr. F. Kornfeld. Würzburg 1902).

Dziełko to znakomitego angielskiego klinicysty doczekało się w ciągu 2 lat 3 nakładów w Anglii, a nie wątpię, że i w Niemczech zyska sobie szeroki rozgłos dla wielu zalet, jakie posiada.

Przedewszystkiem jest ono przeznaczone nie dla uczniów medycyny, lecz dla lekarzy, dla których wiele objaśnień odpada w przypuszczeniu, że kardynalne zasady chorób i wad sercowych są czytelnikom znane. A jednak słusznie postąpił B., że zaczął pierwszy rodział książki od krótkiego szematycznego przedstawienia topografii serca w stosunku do narządów sąsiednich, a następnie podał szkic sposobów klinicznego badania serca przez obmacanie, opukiwanie i osłuchiwanie.

W 2 rozdziale zajmuje się autor ostrem zapaleniem wsierdzia, tak postaci ostrej zakaźnej, jak i przewlekłej, podnosząc trudności rozpoznawcze w początku choroby, zwłaszcza u dzieci, u których nieraz gościec stawowy przebiega lekko, z małymi bólami, a zajęcie wsierdzia datuje się od pierwszej chwili i nieraz objawia się nie szmerem, którego czasem do końca zejścia śmiertelnego niema, lecz tonem zdwojonym lub przedłużonym, albo też rozszczepanym lub chropowatym. Niemniej poleca autor zwracać baczną uwagę na guzki gośćcowe, wielkości małego grochu, najczęściej znajdujące się w okolicy stawów, w ścięgnach lub w tkance otaczającej stawy; są one zwykle niebolesne lub mało sprawiają bólu, ale świadczą o zagnieżdżeniu się w ustroju dziecięcym gośćca, a najczęściej są zapowiedzią łatwo powrotnych stanów zapalnych wsierdzia. W zakaźnem zapaleniu wsierdzia rozróżnia B. cztery typy chorobowe, a więc septyczny, durowy, mózgowy i sercowy, stosownie do objawów, które przy tych pojedynczych typach górują, obok innych wspólnych właściwości, prawie zawsze, wcześniej czy później, wikłających zakaźne zapalenie wsierdzia. Co do leczenia, to obok środków zwykle stosowanych, podnieść należy zaleconą przez autora rtęć i czyste hodowle drożdży, wstrzyknięte podskórnie; co do surowicy przeciwpaciorkowcowej, to wyraża się o niej dość wątpliwie, zaznaczając trudności stosowania jednej tylko surowicy w przypadkach, w których wiele bakteryj chorobotwórczych wspólnie sprowadza zakażenie.

W dalszym rozdziale zastanawia się B. nad wadami serca i częstością ich w praktyce; zaleca wogóle przy ocenianiu jakiejkolwiek wady serca zwrócić uwagę na 4 główne czynniki, przy uwzględnianiu których można dopiero dokładnie wyrokować o wadzie serca, a więc uwzględnić 1) chorą zastawkę i niebezpieczeństwo z wady tej wypływające; 2) rzeczywisty stan ujścia i zastawki, oraz stopień zwężenia, względnie cofania się krwi; 3) pochodzenie samej wady, czy wskutek ostrego gośćca, czy też wskutek innych przyczyn, np. następowego zwyrodnienia; 4) uwzględnienie zdrowia, siły i odżywienia nie tylko samego serca, lecz i całego ustroju, a przytem zaleca mieć na uwadze właściwości dziedziczne.

Bardzo wyraźnie przestrzega Br. przed wnioskowaniem z samych szmerów o charakterze wady i jej doniosłości, a przytem określa bardzo trafnie rozmaite znaczenie szmerów, ich siły, wybitności, zdwojenia tonów pierwszego lub drugiego i daje wskazówki, o ile tętno może dopomódz do rozpoznania wady, wreszcie zastanawia się nad mechanizmem i skutkami wogóle wad sercowych przez przerost lub rozszerzenie serca.

Następnie przechodzi B. do rokowania w chorobach i wadach sercowych i radzi mieć na uwadze następujące okoliczności: 1) stan zastawki i z nią związane zboczenia w krążeniu; 2) stopień tego zboczenia; 3) czy zmiany te są stałe, czy też mają charakter postępujący; 4) stopień zdrowia i wydolności mięśnia sercowego; 5) wiek chorego; 6) dziedziczne właściwości, a zwłaszcza czy w rodzinie niema chorób sercowych; 7) sposób życia chorego, nałogi i nawyknienia chorego; 8) istnienie lub brak innych zboczeń w ustroju, jak niedokrewność, nieżyt oskrzelowy lub choroba nerek.

Tutaj dopiero właściwie rozstrząsa autor każdą z tych poruszonych okoliczności, podnosi jej mniejsze lub większe znaczenie i to jest właśnie wielką zaletą i oryginalnością tego dziełka, że z możliwą dokładnością stara się autor uwzględnić te wszystkie dane i okoliczności, z których można powziąść wyobrażenie o przypuszczalnym przebiegu wady sercowej wśród rozmaitych warunków. O ile więc można z tych wskazówek przewidzieć dalszy przebieg i rozwój wady, o tyle jest to zarazem drogowskazem dla lekarza, jakie przedsięwziąść leczenie i w jakim kierunku należy ustrzedz chorego od tego lub innego niebezpieczeństwa.

Tak w skreśleniu ogólnego zarysu, jak i przy opisie poszczególnych wad, rokowanie znajduje w Br. dzielnego spostrzegacza i klinicystę, który nie pomija żadnego szczegółu, z każdego umie wyprowadzić potrzebne wnioski i wysnuć wskazania dla leczenia.

Również dział leczenia wad sercowych w ogólności jest bardzo szczegółowo i dokładnie opracowany i stanowi jakby dalsze uzupełnienie wskazówek, nakreślonych przy rokowaniu. Bardzo szeroko omawia autor sprawę ruchów fizycznych przy wadzie serca i pod tym względem jest bardzo liberalny; na tę jednak dowolność zgodziłbym się nie mógł,

trzymając się zasad szkoły niemieckiej, a przytem mając tyle przykładów złych skutków po uciążliwych przechadzkach i innych wysiłkach fizycznych, pozornie narazie niewinnych zabawach lub zajęciach, które dopiero potem w swych szkodliwych następstwach okazały się, że były bardzo nieodpowiednie. Jakże jednak trudno w pospolitych choćby wadach serca ocenić siłę i sprawność mięśnia sercowego i do niego zastosować miarę wymagań. Wobec tego lepiej zawsze *in dubio mitius*. Naturalnie uwagi te nie mogą się stosować do metody Oertlowskiej, gdzie jest pewien system i stopniowanie w czynnej gimnastyce mięśnia sercowego.

W leczeniu niewyrównanej wady serca zaleca B. stosowanie środków przeczyszczających, nawet drastycznych, jak burzanki *(colocynthides)*, jalapa, kalomel i inne, a przy znaczniejszych zastoinach upust krwi 300—600 sz. ctm. Osobny rozdział zajmuje działanie naparstnicy i sposób jej stosowania w rozmaitych wadach serca, co jest koniecznem wobec różnych wskazań i zadań, jakie ma naparstnica w tych chorobach. Dział następny traktuje o niedomykalności zastawki dwukończystej bez zmian anatomicznych w zastawce, a więc w niedokrwności i osłabieniach, ostrych chorobach gorączkowych i w niektórych stanach, zależnych od schyłkowego wieku, a przytem podaje rozpoznanie różniczkowe.

Równie dobrze i praktycznie, jak o wadach sercowych, traktuje autor dział zmian czynnościowych serca, a więc wszystkie nerwice serca, zwolnienie lub kołatanie serca i t. d., wreszcie ostre i przewlekłe zapalenie tętnicy głównej, oraz zmiany w niej, powstałe na tle zwyrodnień, a kończy uwagami o tętniakach.

Dzieło uzupełnia krótka wzmianka o przygotowywaniu sztucznych kąpieli Nauheimowskich i o sposobie postępowania według metody Schotta, wraz z wskazówkami dla stosowania leczniczej gimnastyki.

Cały ten materyał, jakkolwiek tak rozległy, ujęty jest w dość szczupłe ramy i wyczerpująco wyzyskany na 331 stronach druku; brak tu właściwej niemcom niepotrzebnej rozciągłości, a za to są obrazowo przedstawione objawy, krytycznie obmyślane wskazówki dla rokowania i leczenia; każde słowo, każde zdanie ma swoją wartość i przyczynia się do dobrze opracowanej i prawdziwie pożytecznej i pouczającej całości. *Dr. J. Surzycki.*

VIII. Wyciągi.

Edinger. O bólu głowy. (*Deutsche Klinik am Eingange des XX. Jahrhunderts*, Zeszyt 5 i 39). Chociaż się zdarza, że ból głowy często jest objawem ciężkich chorób, to jednak po największej części tego znaczenia on nie ma. Zawsze chorego, zgłaszającego się z bólem głowy, należy cierpliwie wysłuchać i przyczynę jego cierpienia należycie sobie wyjaśnić.

Z pomiędzy właściwych postaci bólu głowy wymienia E. ból uciskowy (*Kopfdruck*), zwykle utrzymujący się przez cały dzień; na ucisk głowy cierpią neurastenicy, ludzie przepracowani lub po przebyciu chorób zakaźnych. Chorzy tacy powinni jeszcze leżąc w łóżku coś spożyć, między pożywieniami nie robić dłuższych nad dwie godziny przerw, a w nocy przed zaśnięciem zjeść jeszcze trochę kaszki lub sucharków. Podczas pracy w dzień najlepiej zjeść od czasu do czasu sucharek Alberta; prócz tego dobrze wpływa na takich chorych tusz z wody letniej, stosowany trzy razy dziennie na czoło zapomocą przyrządu, używanego do tuszu ocznego; niektórzy używają z dobrym wynikiem 10% pomady mentolowej. Natomiast zimne tusze na głowę są wprost szkodliwe. Czas pracy należy skrócić i kilka razy do roku przerwać ją na krótki czas, co daje lepsze wyniki, niż praktykowana jednorazowa przerwa na 4—6 tygodni.

Nie tak rzadko dzieci żalą się na bóle uciskowe w czole, ciemieniu i w oczodołach. Najczęstszą przyczyną są tu źle przewietrzane sypialnie i sale szkolne, siedzenie w pobliżu pieca, wczesne budzenie się rano, lub chodzenie do szkoły na czczo, albo po spiesznem spożyciu bardzo szczupłego śniadania. Niekiedy dzieci cierpią na ból głowy z powodu niespokojnego snu i wtedy musimy się starać, by sen był głębszy, co nieraz znajduje się w zależności od sypialni i łóżka. Często wystarcza ciepła 10—15 minutowa kąpiel przed nocą bez wszelkich zabiegów podniecających. Jeśli lekarstwa okażą się potrzebne, podaje E. od czasu do czasu, lecz nigdy w jednym ciągu łyżkę następującego roztworu: *Rp. Kalii bromat. 10·0, Chloral. hydrat., Antipyrini aa 2·5 Syr. cort. Aur. 20·0 Aq. dest. ad 150·0. S. Dzieciom poniżej lat 10 podaje się ½—¾ łyżki.*

Niekiedy przyczyna bólów czołowych i potylicznych leży w nadmiernem natężeniu wzroku i takie bóle podczas wakacyi zwykle ustają. Dzieciom tym należy zalecić dobre odżywienie, spacery, ciepłe tusze czołowe, a przełożeni powinni uważać, by trzymanie się dziecka podczas czytania i pisania było poprawne. Uczniów do 18-go roku życia często spotykamy te bóle szczególnie w czole i w oczodołach (*cephalaea adolescentium*); przestają one zwykle w nocy, by podczas dnia znów silnie wystąpić, zawsze w jednym ciągu, a nigdy w napadach. Tu pomagają pobyt i ruch w wolnem, o ile możności górskiem powietrzu, a w cięższych przypadkach pobyt taki należy przedłużyć do kilku miesięcy. Do środków łagodzących podczas nauki zaliczamy różne sporty, ciepłe kąpiele z chłodnemi zlewaniami i letnie tusze na czoło. Zimne nacierania i tusze częściej szkodzą, również należy ostrzedz przed środkami, pospolicie używanymi przeciw rwie, gdyż zbyt często muszą być zażywane i pomagają tylko na krótki czas. Każdy ból głowy u dzieci i młodzieńców musimy leczyć z wielką starannością, gdyż łatwo mogą przejść w migrenę, chorobę dręczącą człowieka przez całe życie.

Różnorodne choroby oczu, jak jaskra, niewydatność mięśni zewnętrznych i t. d. znamionują się często bólem głowy. U wielu osób pobyt w źle przewietrzanych pokojach, lub wśród wielkiego natłoku ludzi wywołuje ból głowy; inni doświadczają go po nadużyciach, lub po natężeniach cielesnych i umysłowych. Niektórzy nie znoszą nagłego przebudzenia, albo dostają bólu głowy, jeśli im się przeszkodzi w drzemce popołudniowej. Są tacy, którzy ulegają bólowi głowy po doznaniu takich wrażeń zmysłowych, jak rażące światło, nieprzyjemna woń i t. d. Wstrząśnienia moralne, zaburzenia żołądkowe wywierają również u niektórych podobny skutek; inni cierpią na ból głowy z powodu zbyt obfitego żywienia się i skąpego ruchu. U osób niedokrwnych lub błedniczych wszelkie bóle głowy z innych przyczyn potęgują się nadzwyczaj silnie i takie ciężkie bóle głowy spotykamy u seminarzystek i młodych nauczycielek, oraz u biednych, stroskanych i ciężko koło dzieci pracujących kobiet, żyjących w nędznych stosunkach higienicznych. Tu pomaga tylko spokój i forsowne odżywianie, połączone z leżeniem na wolnem powietrzu, piciem wody arsenowo-żelezistej, najlepiej w szpitalach lub zakładach dla ozdrowieńców.

Do najcięższej postaci bólów głowy należy ból naczynio-ruchowy. Policzki stają się b. czerwone, powieki jakby obrzękłe, wyraz twarzy cierpiący i znużony. Chorzy ci cierpią prawie bezustannie na silne bóle w ciemieniu i skroniach, oraz ciśnienie w oczodołach; u kobiet bóle te potęgują się zwykle przed miesiączką i w zaduchu. Skóra na głowie i kręgi szyjne stają się nadzwyczaj czułe, a skóra na ciele pokrywa się czerwonemi plamami i smugami; lekkie pociągnięcie palcem po skórze wywołuje takie długo się utrzymujące plamy i smugi. Eulenburg odnosi te przypadki do porażenia nerwu spółczulnego. Leczenie wymaga uwagi na wypróżnienia; poleca się tym chorym chłodne kąpiele nożne, brodzenie po wodzie i tusze na nogi. Jeśli tylko okoliczności pozwalają, należy takich chorych wysłać w wysokie góry o chłodnem, lecz niezbyt ostrem powietrzu, a natomiast zalecić unikanie dolin, nawet wysoko położonych, gdzie często panują burze, gdyż chorzy ci podczas burzy bardzo cierpią; pobyt nad morzem zawsze źle działa na tych chorych. Z leków poleca E. nalewkę wroniego oka, oraz z przerwami przez dłuższy czas przetwory arsenu. Wpływ leków uśmierzających ból zwykle trwa bardzo krótko.

Siedzibą jednej z najczęstszych i bardzo gwałtownych postaci bólu głowy są powłoki czaszki i przyległa okostna. Jest to t. zw. „modzelowaty ból głowy“ (Schwielenkopfschmerz), który przez większość lekarzy najczęściej zapoznawany, bywa zwykle błędnie brany za migrenę. Modzelowaty ból głowy nagabuje częściej kobiety. Początkowe objawy tego cierpienia przypominają zapalenie opon mózgowych: przy dotykaniu powłoki czaszkowe są bolesne; miejsca przyczepu mięśni, jakoteż otoczenie tych przyczepów na czaszce przy łagodnem obmacaniu zdradzają bolesność, obrzęk i guzowatość, jakby modzele w mięśniach; często także okostna kręgów górnych jest bardzo tkliwą na ucisk. Niekiedy chorzy odczuwają tylko ciśnienie, lecz okresowo potęguje się ono do silnych napadów bólu głowy, przypominających napady migreny. Brak tu jednak zwiastunów zmysłowych, mdłości i wymiotów, a ważnem znamieniem różniczkowem są właśnie miejsca bolesne w czasie pozanapadowym. Jeśli bóle są silniejsze, to rozpromieniają się także w okolicę łopatek i barku, czego nie spostrzega się w migrenie. Niektórzy z tych chorych odczuwają silne rwy i na innych miejscach ciała, przy dokładnem

zbadaniu których znajdziemy i tu podobne guzki gośćcowe, jak na potylicy i karku. Należy zatem w każdym przypadku bólu głowy zbadać dokładnie przyczepy mięśni i zdaniem autora $^{2}/_{5}$ bólów głowy przypada na ból głowy modzelowaty, tyleż na migrenę, a $^{1}/_{5}$ przypada na inne postacie.

Leczenie modzelowatego bólu głowy jest dość proste i skuteczne. W świeżych przypadkach podaje się wieczorem co godzinę 1 grm. salicylanu sodowego, razem 3—4 proszków i w ciągu kilku godzin stosuje się gorące okłady lub kataplazmy na kark. Po kilku dniach należy przystąpić do mięsienia, które w zastarzałych i przewlekłych przypadkach jest jedynym środkiem zbawiennym. Z początku należy mięsić przyczepy mięśni koniuszkiem, a potem całą ręką i to nietylko głowę, lecz wszystkie mięśnie karku, szczególnie kapturowe i kłębkowate (*splenii*). Jednorazowe mięsienie wraz z przerwami trwa 10—15 minut, a w zastarzałych przypadkach wymaga ono 6—8 tygodni; przytem podaje się wewnątrz z dobrym skutkiem jodek potasu. Jeśli chorego wypadnie gdzieś wysłać, to należy wybrać miejsce zakryte od wiatru; pobyt nad morzem często szkodzi. Chorych należy pouczyć, by się zawsze strzegli wszelkiego przeziębienia, a skoro tylko ból się odnawia, powinni wieczorem zażyć 3—4 proszków salicylanu sodowego i stosować gorące okłady na kark, co często usunie napad w samym początku. W zimie osoby chore muszą nosić przez noc czepce lub chustki na głowie.

O wiele rzadziej bóle głowy biorą początek z kości i są wtedy ograniczone do jednego miejsca; występują one bądź to na tle kiły, bądź też z powodu urazowego zapalenia okostnej; bóle głowy chorych na kiłę należą do postaci najcięższych, podobnie jak bóle głowy, spowodowane ołowicą. Histerycy cierpią często na ból w ciemieniu ograniczony do jednego punktu (*clavus hystericus*). Rzadko znachodzimy bóle umiejscowione w szwach czaszki. Leczenie we wszystkich tych przypadkach polega na wzmocnieniu ogólnem i miejscowem, stosowanie zimna zapomocą przyrządów chłodzących, rozpylanie eteru, chlorku etylu. U starców zapalenie opony twardej wywołuje okresowo silny ucisk głowy, połączony nieraz z wymiotami i utratą przytomności. Niekiedy ograniczone zrosty opony twardej z czaszką z powodu urazu lub kiły są przyczyną bólu głowy. Istnieje też prawdziwa przeczulica nerwów twardej opony mózgowej. Chory taki podczas spokoju nie odczuwa żadnego, lub tylko mierny ból głowy, lecz gdy chodzi, prędko skacze, idzie po schodach, lub wykonuje ruchy, wymagające natężenia cielesnego, ma on wyraźne uczucie, że coś wewnątrz ciśnie na jego czaszkę, że jego „mózg się chwieje“ i uderza o czułą oponę twardą. Inni tacy chorzy doznają silnego bólu głowy przy kaszlaniu i kichaniu. Ta przeczulica opony twardej zdarza się albo u osobników wynędzniałych, szczególnie ozdrowieńców po ciężkich chorobach, albo też u cierpiących na przewlekłe zatwardzenie; w pierwszym przypadku spokój i dobre odżywienie działają świetnie, w drugim skutkuje odpowiednia dyeta, lub pobyt w Maryenbadzie, Kissingen itp. *Dr. Fels.*

Sudeck. **O ostrym zaniku kości po zapaleniach i urazach kończyn.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 19, 1902). Ostry zanik kości występuje w kończynach nietylko po zapaleniach stawów wielkich rozmaitego tła, lecz także po zropieniu stawów małych i po zapaleniach ropnych części miękkich, przyczem zanik zajmuje kości niżej położone od ogniska zapalnego. Występuje nadto i po ciężkich urazach stawów i kości, a czasami wydarza się i po urazach. Co do czasu wystąpienia zaniku od początku choroby przyczynowej, to bywa różnie; czasem już po czterech tygodniach choroby można wykazać wyraźny zanik. Zmiany w kości polegają na tem, że warstwa gąbczasta kości okazuje małe, nieregularne jamki, przez co zaciera się prawidłowa budowa; w warstwie korowej zaś powstają jamkowate ubytki kości. W razie postępu sprawy chorobowej pozostaje tylko delikatny rysunek utkania kostnego, w najgorszych przypadkach zaciera się i rysunek budowy. Zanikowi kości towarzyszy znaczny, szybko powstający zanik mięśni, w których można stwierdzić obniżenie oddziaływania na prąd elektryczny. Nadto znachodzą się zazwyczaj i inne zmiany naczynioruchowe w częściach miękkich, jak sinica, uczucie zimna, obrzęk, łuszczenie się skóry, łamliwość paznokci, aksamitna miękkość skóry itd. Zazwyczaj się przypuszcza, że zanik ten jest następstwem bezczynności kończyny (atrophia ex inactivitate), przeciwko czemu przemawia szybkość powstawania zaniku, rozwijanie się jego mimo iż dotknięta kończyna mogła zupełnie nie być unieruchomioną, objawy naczynioruchowe i tym podobne okoliczności. Zdaniem autora należy uważać te zmiany w kościach za zanik, powstały na tle zaburzeń w nerwach odżywczych, wywołanych przez bodziec obwodowy na drodze zwrotnej, w przeciwieństwie do zaników kości przyrody ośrodkowej, np. jak w wiądzie rdzenia, syringomyelii i zapaleniu sznurów przednich rdzenia. Tem tłómaczy się nadzwyczajna uporczywość choroby, co ją czyni podobną do zaniku mięśni pochodzenia nerwowego. Objawy zależą od okolicy schorzenia. I tak na ręce stale powstaje sztywność stawu garstkowego, a szczególniej palców; ruchy czynne od samego początku bywają zniesione, a bierne są bardzo bolesne. Siła ręki spada do zera; prowadzi to czasem do nieużyteczności ręki. Na stopie występuje bardzo znaczna bolesność przy stąpaniu, a ból ten możemy tłómaczyć tylko zmianami w substancyi kostnej, szczególnie w tych przypadkach, gdzie uszkodzenie jest uderzająco małe w stosunku do objawów. Nadto powstają, chociaż nie często, wygięcia kości, jako następstwa zaniku.

Leczenie polega przedewszystkiem na usunięciu przyczyny; — w zapaleniach należy kończynę unieruchomić, ale nie na bardzo długo, by nie wywołać sztywności, która tu jest nieuleczalną; nadto mięsienie i ciepłe kąpiele. Niektórzy stosują i przekrwienie bierne metodą Biera lub Helfericha; autor poleca jeszcze ruchy czynne schorzałą kończyną, o ile nie są bardzo bolesne. Rokowanie jest dobre, jeśli się sprawę chorobową umiejętnie traktuje. Rozpoznanie oprzeć można tylko na obrazie röntgenograficznym, a jeśli to niemożebne, to na zmianach odżywczo-nerwowych, chociaż czasem i tych niema. Choroba ta bywa często zapoznawaną i leczoną bezskutecznie, a nawet szkodliwie, np. jak gruźlica mięszanką jodoformowo-glicerynową. *B. Żmigród.*

Magnus. **Operacyjne zastąpienie porażonego mięśnia czterogłowego uda.** (*Münchener med. Wochenschrift* 41, 1902). Autor posiada trzy przypadki (czwarty jeszcze nieukończony) rozmaitych porażeń u dzieci, gdzie z dobrym wynikiem przeszczepił mięsień krawiecki i dwugłowy uda tak, że te przejęły czynność porażonego mięśnia czterogłowego. Robi to w ten sposób, że na przedniej ścianie uda w linii środkowej od górnego brzegu rzepki prowadzi cięcie w górę długości 15 ctm., odsłania przyczepienie mięśnia czterogłowego i górny brzeg rzepki. Drugie cięcie robi przez środek zgięcia kolanowego aż do środka uda; w tem cięciu oddziela mięsień krawiecki od miejsca przyczepienia i na długość jednej trzeciej; taksamo postępuje z mięśniem dwugłowym. Między powięzią a mięśniami toruje drogę elewatorem z jednego cięcia do drugiego, wytwarza kanał, przez który przeprowadza oba odpreparowane mięśnie i przemieszcza do przodu; następnie przebija ścięgno mięśnia czterogłowego, przez zrobiony otwór przeciąga tamte mięśnie, końce wolne mięśni przegina po napręźeniu ku tyłowi i przyszywa srebrem lub bronzem aluminiowym tak, że się wytwarza pętla. Rany zeszywa, po trzech tygodniach zakłada opatrunki gipsowe na sześć tygodni, a po ich zdjęciu stosuje mięsienie i elektryzowanie. *B. Żmigród.*

Aronheim. **Leczenie niedrożności jelit dawkami atropiny, przekraczającemi najwyższe dozwolone.** (*Wiener klin. Rundschau* Nr. 37, 1902). Pierwszy Batsch zastosował w przypadku niedrożności jelit atropinę, kiedy inne środki: makowiec, wysokie lewatywy, ciepłe okłady, przepłókiwania żołądka okazały się bezskutecznymi. Ilość wstrzykniętej atropiny wynosiła 0,005, a więc przekraczała najwyższą dawkę; to też były i objawy zatrucia: rozszerzenie źrenic, suchość w jamie ustnej i gardle, bredzenie i niepokój ruchowy. Po pewnym czasie wszystkie te objawy przeszły, nastąpiło obfite wypróżnienie stolcowe i chory wyzdrowiał bez operacyi. Przypadków takich opisano około 18; cztery przypadki z zejściem śmiertelnem. Przypadek autora tyczy się chorego, który nagle dostał bólów brzucha, wymiotów, lekkiego podwyższenia ciepłoty, a wszelkie środki stosowane pozostały bez skutku. Trzeciego dnia, gdy się stan nie polepszał i stolca nie było, wstrzyknął autor atropinę w ilości 0,003; w godzinę potem ustąpił ból, ale przyszła suchość w gardle, rozszerzenie źrenic, co szybko przeminęło, a w kilka godzin potem obfite wypróżnienie stolca i chory wyzdrowiał. Dobry skutek tłómaczy autor własnością atropiny porażania zakończeń nerwowych, a więc działania na mięśnie gładkie jelita, podobnie jak przy rozszerzaniu źrenic. Chodziłoby tylko o to, że przekroczenie najwyższej dawki może się źle skończyć dla chorego, a w następstwie odbić się to może na lekarzu; to też autor radzi, by pozostawić choremu rozstrzygnięcie, czy chce być operowanym, czy też woli wstrzyknięcie atropiny w znacznej dawce. *B. Żmigród.*

Dr. Hertzka. **Dostawanie się wody kąpielowej do pochwy i znaczenie kąpieli u ciężarnych i rodzących.** (*Monatsschrift f. Geb. und Gyn.* Tom 16, Zeszyt 3). Znane są klinicystom przypadki gorączki połogowej, dla której nie można wykryć żadnej przyczyny. Stroganoff starał się wykazać, że często należy jej szukać w kąpieli, którą zwykle dostają rodzące, nim przyjdą na salę porodową. Zniósł więc kąpiele wannowe i zastąpił je zmywaniami całego ciała. Wynik był ten, że gorączka połogowa spadła z 15% na 7%. Badania w tym kierunku przeprowadzał następnie Sticher, który dodawał do każdej kąpieli zupełnie nieszkodliwe drobnoustroje (*bacillus prodigiosus*), a po kąpieli przeszczepiał wydzielinę pochwową na pożywki. Prawie we wszystkich przypadkach

wynik był dodatni. Autor przeprowadzał podobne doświadczenia w klinice prof. Chrobaka i doszedł z początku do tego samego wyniku, co Sticher. Przekonał się jednak, że dotychczas używany sposób otrzymywania wydzieliny pochwowej nie jest racyonalny; zmienił więc swe postępowanie techniczne i doszedł do wyników wprost przeciwnych. Mimoto jednak już samo rozumowanie naprowadziło go na to, że kąpiel wannowa, dawana rodzącym, raczej może być szkodliwą, aniżeli korzystną, przynajmniej w klinikach. Pomijając bowiem to, że kobiety przychodzące do kliniki w celu odbycia porodu zwykle są bardzo brudne, że do kąpieli takiej spływają najrozmaitszego rodzaju wydzieliny i wydaliny, że wiele rodzących ma srom ziejący, — należy uwzględnić, że w zakładach takich, choćby największych, liczba wanien jest minimalna w stosunku do rodzących, — bo zwykle jedna lub dwie, również mała jest liczba wyćwiczonej służby, któraby wanny te po każdej rodzącej dokładnie wyczyściła, a samą rodzącą dokładnie obmyła. Z tych wszystkich powodów w klinice prof. Chrobaka zniesiono kąpiel wannową, a zastąpiono ją zmywaniami w wodzie płynącej. Celowi temu najlepiej odpowiada duże blaszane naczynie, — raczej taca, — o brzegu wysokim na 10 ctm.; w lekko zagłębionym środku znajduje się otwór dla spływającej brudnej wody. Wodociąg odpowiednio urządzony pozwala regulować ciepłotę wody. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Florence Sabin. **Gruźlicze zapalenie osierdzia z wysiękiem zawierającym laseczniki; kilkakrotne nakłócie osierdzia; wyzdrowienie.** (*Amer. Medic. — Philad. Med. Journal*, 15 marca, 1902). Przypadek opisany przez autora jest zajmujący głównie z tego powodu, że w wysięku osierdziowym znaleziono laseczniki gruźlicze i znaczny odsetek ciałek białych jednojądrzastych; wyzdrowienie nastąpiło widocznie pod wpływem kilkakrotnego nakłócia worka osierdziowego i wypuszczenia płynu.

Dr. St. Rudzki.

IX. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Leczenie chorób wysypkowych i róży zapomocą drożdży piwnych. (*Sémaine medicale* 1902, Nr. 44). Obszerne badania w tym kierunku przeprowadzili Presta i Tarruella, lekarze w Barcelonie i otrzymywali następujące wyniki:

Przypadki ospy, w których leczenie rozpoczęto w okresie guzków i pęcherzy przebiegają stosunkowo szybko i łagodnie. Ciepłota obniża się stopniowo, jak również częstość tętna; pęcherze nie przechodzą w okres ropienia. Pęcherze zaledwie na twarzy wydzielają nieco surowiczego płynu, który szybko wysycha; na ciele ulegają one wessaniu. Obrzęku powiek i zniekształcenia twarzy niema nigdy, również nie doznają chorzy uczucia bólu i pieczenia skóry. W miejscach, gdzie były pęcherze, powstają twarde, lekko zaróżowione nacieki, znikające bez śladu po upływie mniejwięcej dni dwudziestu; ubytku tkanki i blizn trwałych nie zauważono nigdy.

Polepszenie się stanu ogólnego idzie zwykle w parze z dodatnim wpływem na przebieg wysypki. Ze strony narządu nerwowego, krążenia i oddechania nie dostrzegli autorowie nigdy powikłań, zakłócających pomyślny przebieg choroby. Owszem tam, gdzie były przed rozpoczęciem leczenia objawy ze strony poszczególnych narządów, objawy te pod wpływem podawania drożdży szybko ustępowały bez stosowania jakiegokolwiek leczenia objawowego. Ropienia wtórne, tak częste następstwo ospy, nie pojawiły się w żadnym z badanych przypadków. Białko w moczu, jeżeli już było przed rozpoczęciem leczenia, w miarę postępów ogólnych zdrowienia szybko ustępowało; jeżeli nie było białkomoczu poprzednio, w przebiegu podawania drożdży nie wystąpił on ani razu. Dzienna ilość moczu się podnosi, jakoteż wydzielanie istot azotowych. Ilość przypadków ospy, leczonych przez autorów, wynosi 43.

Oprócz tego stosowali Presta i Tarruella tensam sposób leczniczy u 28 chorych odrowych i 17 płoniczych. Stwierdzili również szybkie ustępowanie wysypki, spadek ciepłoty, ustępowanie zajęcia błon śluzowych i objawów zatrucia jadem chorobowym.

Obie te choroby panowały wówczas nagminnie i to w formach bardzo ciężkich. W przypadkach, leczonych zwykłymi sposobami, autorowie spotkali się nieraz z ciężkiemi powikłaniami, a czas trwania choroby wynosił przeciętnie od 20 do 30 dni. Przeciwnie chorzy, którym podawano drożdże, przebywali chorobę najwyżej w przeciągu dni sześciu i bez żadnych cięższych następstw.

Najogólniej można zatem streścić pomyślne działanie drożdży w ten sposób, że czynią one przebieg choroby szybszym i bardziej typowym, wolnym od powikłań i zakażeń wtórnych.

W 24 przypadkach róży (bakteryologicznie stwierdzonych) wyniki były również bardzo zachęcające co do ustępowania objawów tak ogólnych, jak i miejscowych. Przypadki leczone drożdżami od samego początku trwały najdłużej 4 dni; przypadki dawniejsze, opierające się wszelkim sposobom leczenia, mijały bez nawrotu, choć nieraz mieli do czynienia z chorymi, skłonnymi do nawrotów róży.

Wobec tych wyników przypisują Presta i Tarruella drożdżom w wyżej wymienionych chorobach działanie niejako swoiste. Doświadczenia, przeprowadzone w pracowni wykazały, że drożdże, wstrzyknięte równocześnie z gronkowcem lub paciorkowcem (będącym w stanie jadowitości), łagodzą lub wprost zapobiegają zakażeniu. Działanie to ma zależeć nie od istot wytwarzanych przez drożdże, lecz od samej ich protoplazmy. Dawka dzienna wynosi od trzech do sześciu łyżeczek sproszkowanych drożdży. *Dr. T. Żeleński.*

X. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe dnia 4. lipca 1902.

Przewodniczący: kol. Sołowij — obecnych członków 34.

1. Kol. Merunowicz *(jun.)* przedstawia niezwykły przypadek marskości wątroby.

2. Kol. Gabryszewski Tad. (z Bóbrki) wygłosił odczyt: „O epidemii wścieklizny u lisa i borsuka w Galicyi w latach 1900 i 1901.“ (Rzecz wydrukowana w „Łowcu“).

W dyskusyi kol. Kadyj podniósł z uznaniem żmudną pracę kol. G. i znaczenie jego spostrzeżeń. *Dr. Ruff*, sekretarz.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 5 listopada 1902.

Przewodniczący kol. prof. Kostanecki.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. prof. Ciechanowski przedstawia serce 20 l. kobiety, z wadą wrodzoną (brak dolnej części przegrody międzyprzedsionkowej sięgający aż w obręb pierścienia zastawkowego tak, że płaty zastawki dwudzielnej odsunięte są od siebie na $^1/_2$ ctm., obok tego niezupełne zamknięcie otworu owalnego); w przypadku tym rozwinęła się w końcu *endocarditis verrucosa* zastawek obu ujść żylnych i lewego tętniczego, zapalenie osierdzia, a w końcu i opłucnej prawej. Przypadek ten badano bardzo dokładnie na oddziele kol. Dr. Krokiewicza w szpitalu św. Łazarza.

W dyskusyi przemawiali koll. prof. Kostanecki i prof. Ciechanowski.

III. Kol. Eisenberg mówił: »O powstaniu obrzęku złośliwego wskutek wstrzykiwań żelatyny.«

IV. Kol. Bier: »O organizacyi urzędów lekarskich w większych miastach«.

W dyskusyi zabierali głos koll. Bielański, prof. Bujwid i prelegent.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Jan Landau sekretarz doroczny.

Posiedzenie nadzwyczajne w dniu 12 listopada 1902.

Przewodniczący kol. prof. Kostanecki.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Spira miał wykład p. t. „Zasady zaburzeń mowy pochodzenia ośrodkowego i ich lokalizacya“. (Rzecz przeznaczona do druku).

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Jan Landau, sekretarz doroczny.

XI. XII. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie w dniach 14, 15 i 16 lipca 1902.

Podał

Dr. Bolesław Żmigród.

(Ciąg dalszy).

3. Sołowij: **W sprawie operacyjnego leczenia raka macicy.** Bezpośrednia śmiertelność po wycięciu macicy rakowatej wynosi około 6%; wyleczenie zaś trwałe waha się między 20—25%.

Obecnie wracają niektórzy do wyjmowania macicy przez jamę brzuszną; odpowiednią metodę podał nawet Wertheim, a wyniki bezpośrednie po operacyi były gorsze, gdyż z początku dawały 38,5%, obecnie 21,4% śmiertelności, a wyleczenia trwałe dość wątpliwe. To też operatorowie ci wyjmują w praktyce prywatnej macicę przez pochwę, a w szpitalu stosują metodę Wertheima. Prelegent jest przeciwny tej metodzie: zdaniem jego lepiejby było, żeby popracowano nad ulepszeniem operacyi pochwowej. Trzeba się starać przedewszystkiem o jak najwcześniejsze rozpoznanie, a operując — o odpowiednie przygotowanie pola operacyjnego z uwzględnieniem odbytnicy; laparotomię pozostawić trzeba sobie tylko dla guzów bardzo wielkich. W przypadkach daleko posuniętych, gdzie nowotwór przeszedł w sąsiedztwo, nie należy zdaniem prelegenta operować doszczętnie, wystarczy wyskrobanie i przypalenie, a uzyskuje się znaczne polepszenie.

Dyskusya: Kryński (Warszawa) radzi przy wyjmowaniu macicy zaniechać rozpoławiania, by nie wywołać przeszczepiania nowotworu na tkanki sąsiednie.

Ziembicki (Lwów) jest za kleszczami hemostatycznemi; nie ufa podwiązkom. Nawet wielką macicę woli rozkawałkować i przez pochwę wydobyć niż robić laparotomię.

Sawicki (Warszawa) jest stanowczo za podwiązkami; widział dwa krwawienia po dwóch tygodniach po zaciskadłach Doyena.

Idziński (Żywiec) zwraca uwagę na operacyę Kraskego, która ma tę zaletę, że idąc od tyłu, można zarazem zabrać i gruczoły chłonne.

Doliński (Przemyśl) woli szczypczyki (pensy), a chociaż te wywołują odleżyny na jelitach, to można temu zapobiedz przez owinięcie gazą jodoformową.

Wojciechowski (Kraków) zwraca uwagę na pękanie pensów, sądzi także, że im kto ma większą wprawę, tem chętniej podwiązuje.

Szuman zgadza się na mocy własnego doświadczenia z tem, że pensy nawet nowe pękają.

Ziembicki nie zgadza się z tem, żeby używanie kleszczyków lub podwiązek miało zależeć od wprawy; Doyenowi np. nie można przecież zarzucić braku wprawy, a on jest autorem kleszczyków.

Zawadzki (Warszawa) nie jest wogóle za wyłuszczaniem macicy, lecz za wyskrobaniem i przypaleniem.

Sołowij (Lwów) sądzi, że metoda przez pochwę jest najlepszą i nie trzeba iść aż przez kość krzyżową. Niema zaufania do angiotrybów, ale rezerwuje je sobie.

4. Bogdanik: **O urazowem pęknięciu jelit.** Pęknięcie jelita wskutek urazu należy do rzadkości; piśmiennictwo notuje zaledwie 7 przypadków, wszystkie z zejściem śmiertelnem, a w żadnym za życia rozpoznania nie postawiono z powodu braku objawów. Przypadek Bogdanika tyczył się 48-letniego robotnika, uderzonego w brzuch; w szpitalu stwierdzono ból w dolnej części brzucha, tętno 120, wymioty i częste parcie na stolec. Chory dostał makowiec; po 14-tu godzinach umarł. Sekcya wykazała pęknięcie jelita zstępującego ponad zgięciem esowatem w postaci małego otworu drożnego dla palca i zapalenie otrzewnej.

Dyskusya: Ziembicki zwraca uwagę na skurcz mięśni brzusznych, zdarzający się przy pęknięciach jelit lub wątroby, spowodowanych uderzeniem i wtedy zawsze zaraz operuje.

Zawadzki opisuje podobny przypadek Kosińskiego.

Idziński przypomina objaw stwierdzony przez A. Gluzińskiego, że po pęknięciu następuje zwolnienie tętna.

Krasowski miał przypadek, gdzie po uderzeniu był skurcz mięśni brzusznych, nie operował, a chory wyzdrowiał.

5. Trzebicky: **O leczeniu gruźlicy jąder na podstawie 25-letniej obserwacyi** (drukowane jako praca Bergera w Nrze 39 „Przegl. lek.“ 1902).

Dyskusya: Kryński jest przeciwny operacyi doszczętnej, lepiej ograniczyć się do częściowego leczenia, np. wyskrobania.

Bogdanik (Biała) zwraca uwagę na to, że w przypadkach długotrwałego, opierającego się leczeniu zapalenia rzeżączkowego przyjądrza powstaje często gruźlica jąder.

Szuman radzi postępować stosownie do przypadku: raz doszczętnie, drugi raz tylko częściowo.

Pruszyński (Warszawa) dziwi się chirurgowi, który w gruźlicy jąder nie jest za operacyą doszczętną; gruźlicę uważa za nowotwór, który trzeba z ustroju doszczętnie wyrugować tembardziej, że chorzy dotknięci gruźlicą jąder, mają i gruźlicę płuc.

Wachtel (Kraków) sądzi, że na sposób badania w gruźlicy jąder trzebaby zwrócić większą uwagę.

Trzebicky nie jest przeciwnikiem zachowawczego leczenia, ale ogranicza je jedynie do przypadków, w których warunki pozwalają na przeprowadzenie leczenia ogólnego. Na swoim oddziele musi być «radykalnym».

6. Rydygier: **Przyczynki do chorób dróg moczowych** (*z demonstracyą preparatów*). R. podaje trzy swoje przypadki: w I-szym musiał z powodu kamicy moczowej zrobić *sectio mediana*, po roku kruszenie kamieni, potem zaś nefrotomię; a ponieważ zgłębnikiem, wprowadzonym w moczowód, stwierdził dwa kamienie, naciął zaotrzewnowo moczowód i wyjął je. Chory obecnie zdrów. II-gi przypadek tyczył się chorego, u którego z powodu przetoki po ropniu okołocewkowym zrobiono w Wiedniu plastykę ze skóry owłosionej z sąsiedztwa, z powierzchnią naskórkową, zwróconą do światła cewki. Około włosów wytworzył się w pęcherzu kamień, który R. wyjął. Chory chodzi swobodnie; R. zamierza ten owłosiony płat później wyciąć, by się tosamo nie powtórzyło. W III-im guz duży wychodził z lewej nerki. Był to „tumor Gravitza“ (*hypernephroma malignum*), który R. wyciął; chory jest zupełnie zdrów.

7. Rydygier: **Truskawiec w cierpieniach dróg moczowych.** Woda „Naftusi“, źródła w Truskawcu, jest znakomitym środkiem moczopędnym, który prelegent stosował ze skutkiem w swojej klinice i u siebie samego w nieżycie pęcherza. Wodę tę trzeba pić na miejscu, bo rozsyłana we flaszkach traci na działaniu; R. poleca ją ogrzewaną.

Dyskusya: Pruszyński sądzi, że należałoby rozpocząć dokładne badania tej wody, a wyniki badań wykażą wartość tej wody.

Ziembicki nie poleca tak długo czekać; dużo chorych tam już od 20 lat wysyła i ci są mu wdzięczni; ujemny wynik działania znalazł tylko w gruźlicy pęcherza.

Kader opisuje preparat z przypadku operowanego z powodu kamienia w cewce moczowej.

Rydygier poleca jeszcze raz gorąco Naftusię, mimo że nie jest badaną. Stosuje się przecież dużo rzeczy niebadanych z dobrym skutkiem.

8. Rydygier: **Nowa metoda operowania** *ectopiae vesicae*. Ponieważ przy wszystkich znanych metodach nie otrzymujemy zdolności zatrzymywania moczu, R. podaje nową metodę: oddziela dokładnie pęcherz od powłok brzusznych, potem po otworzeniu jamy otrzewnowej i zapuszczeniu pęcherza w głąb, zeszywa go śródotrzewnowo w ten sposób, aby powierzchnie pokryte otrzewną stykały się ze sobą, w końcu zamyka plastycznie szczelinę w powłokach brzusznych.

9. Rydygier: **Przyczynek do wskazań i techniki cięcia nadłonowego.** W przypadkach kamieni moczowych prelegent nie trzyma się żadnej metody, tylko operuje stosownie do przypadku; przedewszystkiem zaś używa cięcia nadłonowego i litotrypsyi, której używa, jeśli kamień jest nieduży, kruchy i dostęp do pęcherza łatwy, a nieżyt jego niewielki. Zresztą używa cięcia nadłonowego i rzadko mu się trafia, żeby szew pierwotny, założony na pęcherzu, nie trzymał.

Dyskusya: Ziembicki jest także eklektykiem, chociaż litotrypsyę namiętnie robi; w przypadkach, gdzie kamień bardzo duży, gdzie pęcherz z powodu zapalenia ropnego jest kloaką, lub gdzie ulega zapaleniu gruczoł krokowy, tam robi sectio alta.

10. Kozłowski: **O nowem postępowaniu przy znieczulaniu lędźwiowem** (drukowane w 41 Nrze „Przegl. lek.“ 1902).

11. Przybylski: **Kazuistyka znieczuleń metodą Corning-Biera tropakokainą, wykonanych w r. 1901/2 w klinice krakowskiej.** Tropakokaina jest bardzo cennym środkiem narkozy rdzeniowej. Tego roku operowano 129 razy w znieczuleniu metodą Biera, z tego tylko trzy razy znieczulenie nie nastąpiło, a 22 razy było niewystarczające; w 15-tu przypadkach ciepłota ciała była wyżej 38°; nudności i wymioty wyjątkowo. Znieczulenie to ma dwie duże zalety; że może być stosowane zupełnie bezpiecznie u ludzi z wadą serca i że ilość zapaleń płuc po operacyi jest stanowczo mniejsza, a stan chorych lepszy, niż po chloroformie. Znieczulenie sięga aż do sutków, niekiedy wyżej. Niebezpieczeństw niema żadnych; nie trzeba się obawiać skaleczenia rdzenia, ani zakażenia, jeśli się robi czysto, tembardziej, że opony są bardzo odporne. Po tej metodzie znieczulania nie zauważono nigdy białkomoczu, w 7-miu przypadkach nastąpiło bezwiedne oddawanie stolca.

Dyskusya: Chlumsky poleca bardzo tropakokainę; jeśli się zwalczyło trudności techniczne, to wyniki są bardzo dobre. Zapalenia płuc także nie spostrzegał.

Kader sądzi, że metody tej używać można wszędzie, jeśli się tylko ma pojęcie o aseptyce. Da się zastosować u chorych na serce, nawet z wybitnemi wadami, bez złych następstw. Mówca przyklaskuje pomysłowi Kozłowskiego.

Zawadzki radzi kokainę przed rozpuszczeniem w płynie mózgowo-rdzeniowym pozostawić w wyskoku, pozwolić wyskokowi wyparować, a przez to kokaina staje się jałową.

Ziembicki zwraca uwagę na to, że sposób Kozłowskiego podobny jest do sposobu Guinarda, który daje do płynu mózgowo-rdzeniowego kroplami wodnego zgęszczonego roztworu tropakokainy.

Kozłowski jest tego zdania, że jeśli o to chodzi, to można kokainę w suchem gorącu wyjałowić.

Łepkowski uważa kokainę za niezły antyseptyk, gronkowce i paciorkowce w słabych roztworach kokainy się nie udają.

12. Bossowski: **O nefrektomii u dzieci.** Prelegent miał dwa przypadki mięsaka nerki, wychodzącego prawdopodobnie z tkanki okołonerkowej i przechodzącego na nerkę: jeden u $2^1/_2$-letniego dziecka, drugi u $1^1/_2$ rocznego. W obu przypadkach wyjął nerkę;

pierwsze dziecko żyje i jest zdrowe, drugie umarło. Rozpoznanie tej choroby jest bardzo trudne w początkach z powodu braku objawów: wtedy dopiero można ją rozpoznać, gdy guz jest bardzo wielki, lub jeśli już są przerzuty. Mięsak nerki jest rzadszy u dzieci, niż u dorosłych; śmiertelność po operacyi waha się według różnych autorów między 32—60%. B. operował w opisanych przypadkach zaotrzewnowo.

Dyskusya: Schramm miał cztery przypadki, które operował z wynikiem dobrym; a chociaż w trzech z nich wystąpiły po pewnym czasie nawroty, mimo tego jest za operacyą.

Szuman operował przypadek gruczolomięsaka, rozpoznanego przed operacyą.

13. Kryński: **O przyszywaniu nadłonowem pęcherza w przypadkach przerostu gruczołu krokowego.** Pomysł do tej operacyi podał Kr. już przed kilku laty; polega ona na tem, że do tylnej ściany jamy brzusznej przyszywa się przednią ścianę pęcherza i w ten sposób pęcherz bywa do góry podciągnięty. Ma to znaczenie dla tylnej ściany, która z powodu przerostu gruczołu krokowego, a więc przeszkody w odpływie moczu, wypukla się i obniża w dolnej i tylnej swej części. Nieco później, niezależnie od Kryńskiego, operacyę tę podał Goldman.

14. Rydygier: **Resekcya śródtorebkowa gruczołu krokowego** *(resectio intracapsularis prostatae)* sposobem własnym, wykonana jako postępowanie normalne celem wyleczenia przerostu tegoż gruczołu. (Rozprawa drukowana w Nrze 40 „Przegl. lek.").

Dyskusya: Rydygier podnosi zalety operacyi Kryńskiego; gdy ta nie wystarcza, to rozporządzamy w każdym razie wycięciem gruczołu krokowego.

Bossowski uważa pomysł Kryńskiego tylko za teoretycznie dobry; sądzi, że metody które dochodzą wprost do gruczołu krokowego, są lepsze.

Ziembicki zgadza się o tyle z Bossowskim, że lepiej jest dojść do źródła choroby; jednakowoż pomysł Kryńskiego uważa za bardzo szczęśliwy.

Kryński zwraca uwagę na to, że operacya jego niema wcale na celu zastąpić prostatektomii, lecz w przypadkach, gdzie tej robić nie można, można popróbować jego sposobu, który nadto ma te zalety, że daje się robić w Schleichu i trwa około 12 minut.

15. Ślęk: **O operowaniu krwawnic (hemoroidów) sposobem Whitehead-Esmarcha.** Sposób Whitehead-Esmarcha, polegający na wycięciu guzów hemoroidalnych, uważa S. za jeden z najlepszych sposób operowania tej choroby. (Ciąg dalszy nast.).

XII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 27. listopada.

* *Otrzymujemy następujące pismo:*

Międzynarodowe Towarzystwo chirurgii. Zaproszony do Komitetu założycieli międzynarodowego Towarzystwa chirurgii, mam zaszczyt prosić wszystkich tych chirurgów polskich, którzyby chcieli zostać członkami tego Towarzystwa, ażeby się do mnie zgłosili. Mam bowiem polecenie, aby podać już teraz spis wybitnych chirurgów polskich na członków, gdyż tylko ograniczona liczba z każdej narodowości zostanie przyjętą w tym charakterze, a liczba ta będzie ustanowioną, skoro delegaci różnych narodów nadeszlą swoje wnioski.

Dodaję, że Zjazdy będą się odbywały prawdopodobnie co 3 lata w Brukseli, w celu przedyskutowania ważnych kwestyj poprzednio już ogłoszonych. Statuty nie zostały jeszcze ostatecznie przyjęte.

L. Rydygier.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie nadzwyczajne, na którem, po demonstracyach chorych i okazów przez kolegów: prof. Pieniążka i prof. Trzebickyego, nastąpił odczyt kolegów: doc. Rutkowskiego i prof. Rosnera p. t. *„Apendicitis in gravida".*

* D. 23 b. m. nastąpiło uroczyste otwarcie Sanatoryum dla chorych piersiowych w Zakopanem. Zatem sprawa samoobrony w walce z gruźlicą przeszła i u nas ze stanu teoretycznego w okres czynów dokonanych. Jeśli w wiekach minionych zakładaniem leprozoryów zwalczono trąd, to budowanie sanatoryów dla chorych na gruźlicę tem prędzej wywrze wpływ zbawienny, że tu nie tylko zapobiega się szerzeniu zarazka przez odosobnienie chorych, lecz że się ich jednocześnie leczy klimatoterapią, uznaną obecnie za najskuteczniejszą metodę leczenia gruźlicy.

Do N. następnego odkładamy opis Sanatoryum zakopańskiego: dziś podajemy tylko do wiadomości lekarzy polskich, że w przeddzień otwarcia komisya lekarska badała skrupulatnie budynek uzdrowiska i wszystkie jego urządzenia, a następnie spisała protokół, zakończony następującem orzeczeniem:

»Na podstawie spisanego przez nas protokołu, zawierającego opis całego zakładu i jego urządzeń, oświadczamy, że zakład, stworzony dla chorych piersiowych, mających w nim długie miesiące spędzać, odpowiada zupełnie celowi i przeznaczeniu. — Śmiało twierdzić należy, że zakład nasz, porównywany z najnowszymi i najsłynniejszymi zagranicznymi, niczem nie ustępuje im, ani pod względem darów natury, ani co do swoich urządzeń. Cudowny jest widok Tatr, cudowną rozległa dolina rozścielająca się u stóp zakładu, położonego wyżej 1000 metr. nad poziom morza. Obfitość słońca, którego żaden promień dla chorego straconym nie będzie; świeżość górskiego powietrza, którego czystości nic nie zamąci, oto główne czynniki, na wpływ których w leczeniu chorych piersiowych liczyć należy.

Wpływy te umiejętnie spożytkowano, tak przy wyborze miejsca, jak przy budowie i urządzeniu zakładu, co zaznaczyliśmy w naszym protokole. Wiadomem jest, jak to trudno w sanatoryach, przeznaczonych dla większej liczby chorych, uniknąć pozorów szpitala; tutaj niema nic takiego, coby mogło podziałać w sposób przykry i przygnębiający na umysł chorego; owszem, wszystko zrobiono, by wpłynąć korzystnie na jego usposobienie i zastąpić mu życie w otoczeniu rodziny. Jestto najwyższa pochwała, jaką zakładowi dla chorych wyrazić można; to też po zwiedzeniu dokładnem opuszczamy go, wynosząc uczucie rzetelnego zadowolenia, a zarazem uczucie wdzięczności dla tych, których inicyatywie, poparciu i pracy zakład powstanie swoje zawdzięcza«.

Członkowie komisyi: Dr. Ignacy Baranowski, Dr. Stanisław Bądzyński, Dr. Henryk Jordan, Dr. Antoni Gluziński, Dr. Lesław Gluziński, Dr. Józef Merunowicz, Dr. Jan Bednarski, Dr. Stanisław Pareński, Dr. Józef Surzycki, Dr. Franciszek Chłapowski.

Z orzeczeniem komisyi zgodzili się obecni przy poświęceniu i otwarciu Sanatoryum: Dr. Henryk Dobrzycki, Dr. August Kwaśnicki, Dr. Stanisław Domański, Dr. Napoleon Cybulski, Dr. Henryk Ebers, Dr. Wincenty Łepkowski, Dr. Władysław Maleszewski, Dr. Edmund Majewicz, Dr. Jan Gawlik, Dr Józef Żychoń, Dr. Roman Merunowicz, Dr. Karol Beaurain, Dr. Antoni Wespański, Dr. Jan Gaik, Dr. Bronisław Chwistek, Dr. Antoni Puławski.

* Stypendya fundacyi J. F. Kasparka, przeznaczone dla lekarzy pracujących w zakładach naukowych paryzkich, nadała »Instytucya czci i chleba« w Paryżu, zgodnie z wnioskiem Rektoratu Uniw. Jagiell. Drowi Stanisławowi Drobie i Drowi Stanisławowi Jankowskiemu z Krakowa.

* Ministerstwo spraw wewnętrznych rozesłało do wszystkich krajowych szefów politycznych reskrypt o środkach do zwalczania gruźlicy. Uznając gruźlicę za chorobę zakaźną, przed którą można się uchronić, a we wczesnym okresie z niej się wyleczyć, państwowa administracya sanitarna poczuwa się do obowiązku poczynienia takich zarządzeń, któreby zapobiegały powstaniu i szerzeniu się gruźlicy. Reskrypt przytacza wszystkie drogi, któremi, według dzisiejszych pojęć naukowych, prątek gruźliczy dostaje się do zdrowego ustroju (rozpylona świeża lub zeschnięta plwocina osób chorych na gruźlicę brud zawierający zarodki prątka gruźliczego, mleko i mięso pochodzące ze zwierząt gruźliczych). Z tego zapatrywania wynika dla gminy obowiązek bakteryologicznego badania mięsa i mleka, oraz dozór policyjny nad lokalami publicznymi, w których przebywają chorzy na gruźlicę. Reskrypt wkłada obowiązek na lekarza, ażeby, skoro przypadek chorobowy obudzi w nim podejrzenie gruźlicy, zbadał bakteryologicznie plwocinę lub wypocinę, w celu ustalenia rozpoznania, a w razie stwierdzenia gruźlicy, poczynił takie zarządzenia, jakie obowiązują przy każdej innej chorobie zakaźnej, z uwzględnieniem osobliwości, przywiązanych do gruźlicy; w tym względzie zadanie lekarza jest ważne i rozległe. Reskrypt wzywa władze miejscowe, ażeby w granicach swojej ustawowej możności przeprowadziły zakaz plucia na ziemię (w kościołach, teatrach, muzeach, restauracyach i t. d.) i wskazuje §§ ustawy, na których mają się oprzeć.

Jeżeli lekarz napotka trudności w zapobieżeniu rozszerzaniu się gruźlicy ma obowiązek zażądać pomocy od władzy miejscowej lub państwowej władzy sanitarnej. W szczególności obowiązany jest lekarz donieść o istnieniu gruźlicy: *a)* w razie śmierci chorego na gruźlicę i *b)* przy zmianie mieszkania osoby gruźliczej. Część szczegółowa tych postanowień zawiera wskazówki dla lekarzy, kiedy mają donieść o pojawieniu się gruźlicy »wśród szczególniejszych warunków«.

W dalszym ciągu reskrypt wyłuszcza zasady, jakich mają się

trzymać lekarze 1) w zakładach leczniczych; 2) w zdrojowiskach i uzdrowiskach; 3) w pomieszkaniach wspólnych wszelkiego rodzaju.

W zakończeniu reskrypt podaje godne zalecenia środki, o których jednak tylko drogą propagandy i pouczenia, słowem drogą własnej samoobrony, może się społeczeństwo dowiedzieć i do codziennego życia je wcielić.

Tyle w streszczeniu reskrypt ministeryalny.

Jeśli ten reskrypt ma osiągnąć cel zamierzony, przed społeczeństwem stoi obszerne zadanie reformy na wielu polach: szpitale muszą urządzić odrębne sale dla chorych na gruźlicę; osoby cierpiące na gruźlicę, a należące do kół zbiorowych (uczniowie wszelkich szkół, klerycy, terminatorzy, urzędnicy i t. d.) muszą być wykluczeni z wspólnego pożycia; dla lekarzy miejskich stwarza się obszerne pole pracy, a powołanie do życia instytucyi lekarzy szkolnych staje się nieodzowną potrzebą i t. d., i t. d.

Sprawa ta niezawodnie wejdzie na porządek dzienny najbliższego posiedzenia Komisyi sanitarnej miasta Krakowa.

* Prof. nadzwyczajny laryngologii w Uniw. Jagiell., Dr. Przemysław Pieniążek, otrzymał tytuł i charakter zwyczajnego profesora.

* Ministerstwo oświaty zatwierdziło uchwałę Wydziału lekar. U. J, nadającą Dr. Kazimierzowi Majewskiemu *veniam legendi* z zakresu okulistyki.

* Na opróżnioną posadę fizyka miejskiego Komisya sanitarna krakowska ułożyła następujące terno: 1) Dr. Aleksander Wilkosz; 2) Dr Antoni Filimowski; 3) Dr. Leonard Bier.

* Między 12 a 18 listopada doniesiono władzy o jednym przypadku ospy w Borszczowie, oraz o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim (1 gm.), horodeńskim (1 gm.) i jaworowskim (1 gm.).

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XLV (2—9—XI) Ludność średnia roczna wynosi 94.057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 33, zrodziło się dzieci 50, zmarło osób 54, mianowicie: z gruźlicy 9 (2 zam.), z zapalenia płuc 4, z błonicy 2 (zamiejscowi), z krztuśca 2, z płonicy 5 (2 zam.), z cholery dziecięcej 5 (1 zam.).

Mianowania i odznaczenia. Dr. R. Bernhardt mianowany ordynatorem szpitala św. Łazarza w Warszawie. Dr. Pfaudler mian. został profesorem pedyatryi w Gracu. Dr Friedenwald — profesorem oftalmologii w Baltimore. Dr. Hinsberg — profesorem otologii Wrocławiu.

Nekrologia. D. 1 b. m. zmarł w Chicago Dr. Bronisław Grabowicz; urodził się r. 1863 w Tarnowie; w r. 1885 ukończył studya farmaceutyczne w Krakowie, a w 1887 wyjechał do Ameryki. O ciężkim losie zmarłego za oceanem pisze »Słowo polskie« w N. 561: »nabawiwszy się zapalenia siatkówki, przez 8 miesięcy z zabandażowanemi oczyma zarabiał na ulicy Nowego Yorku grą na cytrze. W parę lat później znalazł się w Atchson, Kansas. Po roku pobytu wśród zamieszek murzyńskich, ratując życie i straciwszy cały dobytek, znalazł się w Chicago, gdzie ukończył studya lekarskie.... W Nowym Yorku był duszą polskiego ogniska; koledzy i ziomkowie, przybywający z kraju, a osiedli bez funduszów na bruku, miesiącami całymi doznawali od niego gościny i pomocy materyalnej«. Dr. Asch, prof. otologii zmarł w New-Yorku. Dr. Birne, b. prof. ginekologii, zmarł w Brooklynie. Dr. Landois, profesor fizyologii, zmarł w Gryfii w 65 r. życia

Bibliografia:

— *Przegląd higieniczny* Nr. 11. Stella Sawicki: Nasze zdrojowiska i uzdrowiska. Gorecki: Nowa rzeźnia miejska we Lwowie (c. d.). Legeżyński: Oczyszczanie wód kanałowych (c. d.).

— *Medycyna* Nr 47. Bregman: Spostrzeżenia kliniczne z syringomyelii. Biro: Porażenie mięśnia zębatego przedniego, wielkiego, istotne i wrzekome (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 47. Adelt: Tętniak tętnicy dołu Sylwiusza prawego. Porażenie lewostronne. Zenczykowski: Z pomyłek w rozpoznawaniu stwardnienia wieloogniskowego. Brudziński: Najnowsze teorye krzywicy i najnowsze próby jej leczenia. (c. d.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 47. Honl: Bakteriologická diagnosa tuberkulosy. Kutvirt: O nádorech mandlí. Haškovec: O tlaku krevním vůbec a v neurose traumatické zvlášť.

— *La Presse médicale* Nr. 92. Dujarier: Leczenie stawów rzekomych za pomocą szwów metalicznych.

— Nr. 93. Hartmann i Roger: Przyczynek do bakteryologii zapaleń pęcherza moczowego. Carnot: Wstrzykiwania środtchawicze rtęci, jako metoda lecznicza przymiotu.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 46. Gross: Stosowanie miejscowe gorąca w lecznictwie. Wolff: Perlica a gruźlica ludzka. Levinson: Przyczynek do wiedzy o atonicznem rozszerzeniu przełyku. Mitulescu: Przyczynek do badań przemiany materyi w gruźlicy przewlekłej. (c. d.). Hamburger: O uprawnieniu i konieczności przerwania ciąży u kobiet gruźliczych w klasie roboczej (c. d.)

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 47. Swoboda: Rozwiązanie pytania: ospa a ospica. Blassberg: O zachowywaniu się ciałek białych krwi przy ropieniach w ustroju. Reitter. Przyczynek do istnienia »kropkowanych *(punktierten)* erytrocytów«. Kristianus: Jednoczesna ciąża obu trąbek.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 46. Landsteiner: O aglutyninach surowicy. Hecker: O t. zw. hartowaniu dzieci. Roemisch: O wyniku leczenia gruźlicy według metody Goetschego. Riegner: Uwagi nad leczeniem gruźlicy cymonianem sodowym podług Landerera. Fischer: Rzerzączka u dzieci płci męzkiej. Wagner: Zapalny guz ściany brzusznej, wywołany przebiciem przez ciało obce w jelicie.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 47. Buschke: Świerzbiączka limfatyczna. Brieger: Przerzuty szczepienne raka. Spijarny: W sprawie chłoniaków złośliwych. Aronsohn: Stosunek gruźlicy do raka. Mohr: Znaczenie Schnellerowskiego prątka raka. Kuckein: Dwa przypadki raka przełyku, które przebiegały z pozorami tętniaka aorty (dok.). Israel: Przyczynek do leczenia otoku ropnego.

Redakcya otrzymała. Presch: Die physicalisch-diätetische Therapie in der ärztlichen Praxis. (Würzburg. Stuber's Verlag). Gajkiewicz: O źrenicy w stanie zdrowia i choroby. Goldmann: Das lösliche Eisenarsenat Zambeletti und seine Verwendbarkeit in der Praxis.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 3 grudnia, o godzinie 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy*, posiedzenie zwyczajne, na którem odbędą się następujące odczyty: 1) kol. Doc. Bochenek: Nowe pojęcia o znaczeniu przysadki mózgowej *(hypophysis cerebri)*. 2) Kol. Dr. Godlewski: „Nowsze badania nad regeneracyą".

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**